HJMB Julio Méndez BARRENECHE	**FORMATO INFORME DE SUPERVISOR**	**Código: GJC22F**	
		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

ANDREA CAROLINA PEDRAZA OLARTE

CON C.C Nº 1.082.993.765

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20242862**		**DE FECHA**		31/03/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$ 26.000.000		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:**		$ 5.027.000
N° PAGO / N° DE INFORME::	3 DE 5	**Nº CRP:**	3200	**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:		9467298164	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		UNIDAD FUNCIONAL DE QUIROFANOS Y TOCOFANOS			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		TUFITH 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:	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 QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES DE ENERO 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° 3 (TRES) de 5 (CINCO)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	
N°. IDENTIFICACIÓN:	**85.455.393**

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: 27/06/2024	

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y ANDREA CAROLINA PEDRAZA OLARTE CON C.C Nº 1.082.993.765

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.	**CD20242862**			**DE FECHA**		**31/03/2024**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$26.000.000			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:**		$ 5.027.000
Nº PAGO / Nº DE INFORME::	3 DE 5		**Nº CRP:**	3200	**Nº CDP:**	510
PLAZO DEL CONTRATO	(5) CINCO MESES		**FECHA DEL ACTA DE INICIO:**	01/04/2024		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE QUIROFANOS Y TOCOFANOS					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	TUFITH ARTUTO ATUNES CELEDON					

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:	1203222000277	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	MAPFRE
FECHA DE LA PÓLIZA	05/02/2024	**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**	N/A

ITEM	**IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades especificas del objeto del contrato)**
1	Obré con diligencia y el cuidado en los asuntos que me asignó el supervisor del contrato.
2	Realicé todas y cada una de las funciones descritas en el numeral 2 del estudio de conveniencia.
3	Aporté a la E.S.E la hoja de vida y documentos de identificación que le sean solicitados.
4	Garanticé la presencia oportunamente, durante los procedimientos, las consultas e interconsultas de la E.S.E.
5	Atendí a los pacientes en el turno y en área asignada por la E.S.E.
6	Asistí a la ronda Medico técnico-científica y técnico-administrativa con frecuencia semanal.
7	Realicé la revista diaria la cual consiste en valoración, seguimiento, evoluciones, órdenes, RIPS de los pacientes hospitalizados cumpliendo con el horario y la cantidad de pacientes asignadas en el horario.
8	Participé en las jornadas científicas y actividades académicas de investigación.
9	Cumplí con diligenciamiento los RIPS, formatos instrumentos de control, seguimiento, evaluación, facturación de la E.S.E.
10	Diligencié la historia clínica de los pacientes cumpliendo con los parámetros establecidos en la Resolución No 1995 de Julio 08 de 1.999 y demás normas legales.
11	Participé en las juntas médicas para expedir conceptos necesarios que se deriven de la atención de los pacientes remitidos por el hospital.
12	Cumplí con los turnos estipulados.
13	Presté los servicios relacionados en el estudio de conveniencia, necesidad y oportunidad.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9468587856	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	
SALUD:	SANITAS	18/06/2024	$ 145.000	
PENSIÓN:	PORVENIR	18/06/2024	$ 185.600	
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	18/06/2024	$ 28.300	

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.
Nº. IDENTIFICACIÓN:	CC. 1082993765

en línea

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
2024-05	2024-05	714011043	9468587856	1	2024/06/19	2024/06/18	BANCOLOMBIA	0	$643,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ingre cdet aen cdp cap 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)						$2,080,000	$332,800			$2,080,000	$260,000			$0	$0			$2,080,000		$50,700		$0	$0		$643,500
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$2,080,000	$332,800			$2,080,000	$260,000			$0	$0			$2,080,000		$50,700		$0	$0		$643,500
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)						$2,080,000	$332,800			$2,080,000	$260,000			$0	$0			$2,080,000		$50,700		$0	$0		$643,500
1	CC	1082993765	PEDRAZA ANDREA	230301	30	$2,080,000	$332,800	EPS005	30	$2,080,000	$260,000		0	$0	$0	14-23	30	$2,080,000	2.4361	$50,700	0	$0	$0	No	$643,500
Total			**Afiliados(1)**			$2,080,000	$332,800			$2,080,000	$260,000			$0	$0			$2,080,000		$50,700		$0	$0		$643,500

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
2024-05	2024-05	714011043	9468587856	1	2024/06/19	2024/06/18	BANCOLOMBIA	0	$643,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$332,800	$0	$0	$332,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$332,800	$0	$0	$332,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$50,700	$0	$0	$50,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$50,700	$0	$0	$50,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$260,000	$0	$0	$260,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$260,000	$0	$0	$260,000
TOTAL				1	$643,500	$0	$0	$643,500

CUENTA DE COBRO

DATOS DEL CONTRATISTA			FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 27/06/2024
NOMBRES Y APELLIDOS:	ANDREA CAROLINA PEDRAZA OLARTE	CC:	1082993765
		RUT:	1082993765-2
CORREO ELECTRÓNICO:	andruscarolina@hotmail.com	TELÉFONO:	300 5581716
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Carrera 22#20-51 torres de 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.

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORRO	Nº CUENTA:	91669288871

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	CD20242862	Nº RP:	3200	Nº CDP:	510	PLAZO - DURACIÓN: 5 MESES
¿ADICIÓN O PRORROGA?	NO	TIEMPO PRORROGADO		NO		VALOR ADICIONADO: NO
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/04/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31 DE AGOSTO DE 2024		VALOR DEL CONTRATO: $26,000,000
Nº 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:		MES DE JUNIO DE 2024		
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO?		$ 5,027,000				

Firma del Contratista

ANDREA PEDRAZA O.

ANDREA CAROLINA PEDRAZA OLARTE

C.C 1082993765