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: 30/05/2024	

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y
KATHERINE ANDREA RINCON CHINCHILLA
CON C.C Nº 1.082.991.444

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 ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20242868**			**DE FECHA**		**16/04/2024**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$ 26.000.000			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:**		**$ 5.200.000**
Nº PAGO / Nº DE INFORME::	2 DE 5		**Nº CRP:**	3732	**Nº CDP:**	510
PLAZO DEL CONTRATO	(5) CINCO MESES		**FECHA DEL ACTA DE INICIO:**	16/04/2024		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL QUIROFANOS Y TOCOFANOS					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	TUFITH ARTURO 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:	994000004317	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	SOLIDARIA
FECHA DE LA PÓLIZA	12 OCTUBRE 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

ITEM	
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.
14	Garanticé la prestación de servicio objeto del contrato que se cumplieron con las características y referencias descritas en el presente documento.
15	El valor facturado corresponde a las horas contratadas y los servicios prestados y fueron verificados por mi supervisor.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9466200674	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA PORTAL INDEPENDIENTE

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SANITAS**	**14-may-24**	**250.000**
PENSIÓN:	**PROTECCIÓN**	**14-may-24**	**320.000**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA ARL**	**14-may-24**	**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:	Katherine Rincon C.
Nº. IDENTIFICACIÓN:	**1.082.991.444**

	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
KATHERINE ANDREA RINCON CHINCHILLA
CON C.C N° 1.082.991.444

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 ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20242868**		**DE FECHA**		**16/04/2024**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$ 26.000.000		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:**		**$5.200.000**
N° PAGO / N° DE INFORME::	2 DE 5	**N° CRP:**	3732	**N° CDP:**	510
PLAZO DEL CONTRATO	(5) CINCO MESES	**FECHA DEL ACTA DE INICIO:**	16/04/2024		
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	**9466200674**	APORTES EN LINEA			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL 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:	994000004317	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	SOLIDARIA
FECHA DE LA PÓLIZA	12 OCTUBRE 2023	**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**	XX

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DEL 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° (2)Dos de (5) Cinco

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

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 1082991444		RINCON CHINCHILLA KATHERINE ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 50 #66-87	SANTA MARTA-MAGDALENA	3103744071	no

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-04	2024-04	655783423	9466200674	1	2024/05/14	2024/05/22	BANCOLOMBIA		$647,800

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	vlp	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1082991444	RINCON CHINCHILLA KATHERINE ANDREA																		230201	30	$2,080,000	$332,800	EPS005	30	$2,080,000	$260,000		0	$0	$0	14-23	30	$2,080,000	$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

2024/05/22 03:24 PM

CUENTA DE COBRO

DATOS DEL CONTRATISTA		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 26/04/2024	
NOMBRES Y APELLIDOS:	KATHERINE ANDREA RINCON CHINCHILLA	CC:	1082991444
		RUT:	1082991444-7
CORREO ELECTRÓNICO:	katherinerincon03@gmail.com	TELÉFONO:	3008529330
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 20 # 20-25	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:	91625749544

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	CD20242868	N° RP:	3732	N° CDP:	510	PLAZO - DURACIÓN: 5 MESES
¿ADICIÓN O PRORROGA?	NO	TIEMPO PRORROGADO		NO		VALOR ADICIONADO: NO
FECHA DE INICIO CONTRATO	16/04/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31 DE AGOSTO DE 2024		VALOR DEL CONTRATO: $26,000,000
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.			
N° 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?		$ 5,200,000				

Firma del Contratista

Katherine Rincon C.

KATHERINE ANDREA RINCON CHINCHILLA

C.C 1082991444