	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
TERESA MUÑOZ PEREA
CON C.C Nº 36.724.751

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E S E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20242727**		**DE FECHA**		31/03/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$15.500.000		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:**		$2.906.250
Nº PAGO / Nº DE INFORME::	3 DE 5	**Nº CRP:**	3093	**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 ENFERMERÍA				
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

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 específicas del objeto del contrato)
1	Planie, organice, dirigi, realice las gestiones necesarias para lograr el funcionamiento de los servicios de acuerdo a los planes y programas establecidos.
2	Solucione los problemas detectados o comunicados; si están fuera de su alcance derivarlos al nivel jerárquico correspondiente (coordinadores de áreas)
3	Realice Rondas de Seguridad de Paciente diaria: Identificación de paciente, Venopunciones, Equipos invasivos, segregación de residuos hospitalarios, orden y aseo de los servicios
4	Supervise que la entrega y recibo de turno se realice de acuerdo al protocolo establecido por la institución.
5	Verifique la aplicación de listas de chequeo para el control en la prevención de infecciones y procesos básicos de Enfermería.
6	Vele por el cumplimiento de los protocolos, procesos y formatos de los diferentes servicios.
7	Comprobe la realización de la asepsia en los diferentes servicios y que se encuentre bien organizado los sitios de trabajo.
8	Verifique que se registren en los formatos correspondiente la asepsia, equipos biomédicos, carro de paro, kit obstétricos, bitácoras ingreso y egreso de pacientes, bitácoras de enfermeria, registros de elementos de protección personal, asignación de pacientes y roles, reservas de hemoderivados, lavanderia, muestras sanguineas, etc.
9	Vigile el uso adecuado de registros de enfermería: Expediente clínico, censo, registros estadísticos, planes de asignación, rotación y otros.
10	Verifique la actualización diaria de los registros de los pacientes en el tablero con camas reservadas
11	Supervise que el personal a cargo cumpla con sus funciones asignadas.
12	Detecte la necesidad de material/equipo de los servicios y gestionar la adquisición.
13	Vigile la hora y la administración correcta de prescripciones médicas
14	Verifique que se cumpla con la notificación inmediata de los eventos adversos y/o incidentes que se presenten en la atención del paciente
15	Participe en la actualización de documentos e instrumentos técnico administrativos de la unidad de Enfermería.
16	Informe al jefe inmediato de forma escrita de cualesquiera anomalías que se presente en los servicios.
17	Participe en las reuniones internas de la institución y que sean delegada por la jefe inmediata.
18	Participe en la actualización de documentos e instrumentos técnico administrativos de la unidad de Enfermería.
19	Supervise el cumplimiento en la recepción, devolución, preparación y administración de medicamentos.
20	Vigile el confort del cliente externo: Supervisar el baño diario, arreglo de la unidad, cambio de posición (prevención de ulceras por presión), Supervisar que tipo de Alimentación se está suministrand paciente.
21	Verifique de la preparación adecuada de los estudios y cirugía.
22	Verifique , realice y gestione el registro de eventos adversos, e incidentes y de infecciones intrahospitalarias presentados en el servicio
23	Gestione los estudios diagnóstico, estudios especiales e interconsultas, etc.
24	Proporcione orientación a los estudiantes y al personal de inducción
25	Gestione oportunamente las órdenes de transfusiones indicada para cada paciente y verificación de este procedimiento
26	Verifique la Actualización de Kardex, tarjeta de medicamentos, hoja de tratamiento, control y distribución de liquidos esté diligenciada como es debido.
27	Gestione la asignación de las camas del servicio y a otro servicio
28	Verifique el registro de las curaciones de las enfermeras asistenciales
29	Asisti a las rondas médicas y de enfermería de su área para conocer el proceso de cuidado de estos pacientes.
30	Notifique daño a mantenimiento, realizar ronda conjuntamente con mantenimiento.
31	Informe por escrito, diariamente a coordinación los inconvenientes presentados en cada servicio.

Powered by CamScanner

HUMB Hospital Universitario 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
TERESA MUÑOZ PEREA
CON C.C Nº 36.724.751

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E S E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20242727**		**DE FECHA**		31/03/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$15.500.000		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:**		$2.906.250
Nº PAGO / Nº DE INFORME::	3 DE 5	**Nº CRP:**	3093	**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 ENFERMERÍA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	AURA ESTELLA DAZA PEÑA				

32	Verifique el cumplimiento de la presentación personal de enfermería
33	Recibi y entregue turno de acuerdo a la guía institucional.
34	Asigne actividades de pacientes, consultorios al personal de auxiliar de Enfermería y enfermera asistencial antes de la ronda de Enfermería
35	Propicie un ambiente agradable, utilizando siempre la comunicación asertiva tanto con paciente, familiar y grupo de trabajo
36	Proporcione atención de enfermería a pacientes hospitalizados según las necesidades físicas, fisiológicas, psicológicas y sociales (plan de atención de enfermería)
37	Elabore reporte de enfermería
38	Maneje y controle material y equipo en la atención del paciente.
39	Garantice la presencia oportuna, cuando se requieran hacer los procedimientos y labores propias del profesional en enfermería en cualquiera de los servicios de la E.S.E.
40	Cuando el paciente ingrese y en el turno nocturno, realizar el pedido de jeringa, liquidos de 100cc, y 250 cc para 24 horas dependiendo de la cantidad de dosis de medicamento que tenga el paciente, así mismo solicitar las jeringas necearias para la toma de laboratorio, la solución salina para el previo lavado pre y post para permeabilización de venopunción, equipos cuando el paciente ingrese
41	Entregue historia clínica a facturación de paciente que tengan egresos en el orden establecidos
42	Asisti a las rondas Médicas y a los especialistas y médicos generales durante los procedimientos.
43	Respondi por los daños y perjuicios en salud que se le genere a un usuario por su negligencia, omisión, descuido, olvido, exceso o cualquier otra acción imputable a su culpa. Lo que conllevara igualmente a las sanciones disciplinarias a las que tenga lugar.
44	Participe en las jornadas científicas, actividades académicas y de investigación.
45	Cumpli con el diligenciamiento de los RIPS, formatos, instrumentos de control, seguimiento, evaluación, de la E.S.E.
46	Verifique el correcto diligenciamiento del formato de SIVIGILA
47	Diligencie la Historia clínica de los pacientes cumpliendo con los parámetros establecidos en la Resolución No. 1995 de Julio 08 1.999 y demás normas legales que la complementen, sustituyan o deroguen.
48	Realice seguimiento diario de la historia clínica (evolución, ordenes médica, notas de Enfermería, etc.,) en todo lo referente a la atención y evolución de los pacientes.
49	Actualice Kardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo a los cambios efectuados por médico tratante en la evolución y ordenes médicas, en los diferentes turnos (corrido, noche) etc.
50	Participe en las juntas médicas y dejar constancia por escrito de conceptos médicos emitidos
51	Tuve comunicación las 24 horas del día para su fácil localización en casos de urgencias, para lo cual deberán certificar el número telefónico.
52	Administre de medicamentos de acuerdo al protocolo Institucional.
53	Solicite los productos de asepsia y Supervisar la desinfección en el servicio y registrarlo en el formato correspondiente
54	Supervise el cuidado, conservación y reposición de batas, sabanillas, sabanas, toallas, etc.
55	Supervise y cumpli con la correcta segregación de los elementos de protección personal y manejo de ropa sucia
56	Preste los servicios que se encuentran relacionados en el estudio de conveniencia, necesidad y oportunidad, en las cantidades que se indiquen y con las características técnicas exigidas.
57	Cumpli con los turnos elaborados por la Unidad funcional de enfermería y realizar un informe de las actividades realizadas y el cumplimiento de las mismas.
58	Hice uso racional de los insumos y elementos que se encuentren dentro del stock del servicio, velando por su adecuada utilización.
59	Realice supervisión e inspección oportuna al carro de paro, equipos biomédicos con los que cuenta el servicio, hacer las respectivas anotaciones a que hallan lugar sea diaria y quincenal
60	Brinde orientación el estudiante que de acuerdo al convenio docencia-servicio tiene la institución con las universidades para el desarrollo de sus prácticas
61	Realice la notificación oportuna de los eventos adversos, así como incidentes que se puedan presentar con el paciente durante su estancia hospitalaria.
62	Proporcione educación y orientación a pacientes y familiares para la conservación de la salud y tratamiento médico específico.
63	Vigile la conservación y uso adecuado de la capacidad instala del servicio.
64	Participe en la elaboración de manuales, procesos, horarios y procedimientos que permitan mejorar la prestación oportuna del servicio a los pacientes y usuarios de la institución.
65	Desarrolle las actividades definidas de acuerdo a contratación definido por partes con las agendas de turno y horas establecidas mensuales (192h)
66	Aplique los indicadores de Seguridad del Paciente y Humanización del Servicio.
67	Obre con diligencia y el cuidado necesario en los asuntos que le asigne el supervisor del contrato.
68	Planifique y supervise las actividades de enfermería dentro del quirófano o puesto al que haya sido asignado
69	Respondi oportunamente a solicitudes realizadas por el Supervisor del Contrato.
70	Adherencia a protocolos, guías y procedimientos requeridos en la prestación del servicio
71	Gestione la información, y/o documentos físicos, órdenes de procedimientos que se genere en el servicio de acuerdo a la necesidad del paciente y normatividad

Powered by CamScanner

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO 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
TERESA MUÑOZ PEREA
CON C.C Nº 36.724.751

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E S E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20242727**		**DE FECHA**		**31/03/2024**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$15.500.000		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:**		**$2.906.250**
Nº PAGO / Nº DE INFORME::	3 DE 5	**Nº CRP:**	3093	**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 ENFERMERÍA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	AURA ESTELLA DAZA PEÑA				

72	Apoye a los estudiantes en práctica que hagan parte de la relación docencia servicio
73	Reporte a biomédicos y mantenimiento en casos que se presente algún inconveniente con los equipos e infraestructura.
74	Verifique que el paciente que egrese se le entregue ordenes médica, epicrisis, incapacidades, resumen de procedimientos, formato de patología, controles médicos y entre otros
75	Garantice 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.
76	Cumpli con lo establecido en la resolución 3280 de 2018, de manera que se garantice la efectiva y oportuna atención definida en la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal, Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna y Estrategia Hospital Padrino, según su competencia.
77	Participe en la elaboración de documentos institucionales referentes a la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal, Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna y Estrategia Hospital Padrino
78	Garantice la participación a las actividades referentes a la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal, Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna y Estrategia Hospital Padrino. dirigida al personal de la Institución e instituciones apadrinadas.
79	Recibi Asistencia Técnica para la implementación y seguimiento de la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal, Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna y Estrategia Hospital Padrino, por parte del Ministerio de Salud o de las Instituciones Asesoras (Superpadrinos).
80	Capacite al personal asistencial (enfermeras) sobre colocación de implante sub dérmico y aplicación de métodos de anticoncepción
81	Realice seguimientos de la adherencia de guías, protocolos, procedimientos y otros establecidos en los servicios de salud, en cumplimiento de la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal, Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna y Estrategia Hospital Padrino.
82	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.
83	Asisti a capacitaciones, programas de formación continua, y apropiación de procesos de inducción y reinducción.
84	Las demás que determine el Gerente, el Supervisor y que sederiven de las necesidades de la E.S.E.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**1109478698**	**OPERADOR:**	**SOI**

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**NUEVA EPS**	**13/06/2024**	**162.500**
PENSIÓN:	**PORVENIR**	**13/06/2024**	**208.000**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**13/06/2024**	**31.700**

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:	Teresa Muñoz Perea
Nº. IDENTIFICACIÓN:	**36.724.751**

Powered by CamScanner

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

TERESA MUÑOZ PEREA

CON C.C Nº 36.724.751

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20242727**		**DE FECHA**		**31/03/2024**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	**$15.500.000**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:**		**$2.906.250**
Nº PAGO / Nº DE INFORME::	**3 DE 5**	**Nº CRP:**	**3093**	**Nº CDP:**	**510**
PLAZO DEL CONTRATO	**(5) MESES**	**FECHA DEL ACTA DE INICIO:**		**01/04/2024**	
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		**1109478698**	**OPERADOR:**	**SOI**	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		**UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA**			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		**AURA ESTELA 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:	**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 HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DEL MES DE JUNIOY SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO(Descontar un turno 193.750)

	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 Nº 3(TRES) de (CINCO)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	Aura Stella Daza P
Nº. IDENTIFICACIÓN:	**36.541.888**

Powered by CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

soi | Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	36724751
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			TERESA MUNOZ PEREA
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	CL 28A #59A-06 BLV DEL RIO	TELÉFONO:	4223477
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	1109478698	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES mayo AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES mayo AÑO 2024
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/06/13	NUMERO AUTORIZACIÓN:	[illegible]

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
230301	230301-PORVENIR	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 0	$ 208.000
SUBTOTALES:										$ 208.000	$ 0	$ 208.000

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NUMERO 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
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500
SUBTOTALES:													$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NUMERO 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	$ 0	$ 0	$ 31.700
SUBTOTALES:									$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 31.700

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 36724751	MUNOZ PEREA TERESA	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	230301-PORVENIR	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	EPS037-NUEVA EPS	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	36724751	$ 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	$ 402.200

Planilla Pagada

Powered by CamScanner

CUENTA DE COBRO

DATOS DEL CONTRATISTA		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:27/06/2024	
NOMBRES Y APELLIDOS:	TERESA MUÑOZ PEREA	CC:	36724751
		RUT:	36.724.751-1
CORREO ELECTRÓNICO:	Falana12@hotmail.com	TELÉFONO:	3107590965
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 28 A #59A-06	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:	BBVA	TIPO DE CUENTA:	AHORRO	N° CUENTA:	758483408

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	CD20242727	N° RP:	3093	N° 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:15.500.000
N° CDP (ADICIÓN):	NO	OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ 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:		JUNIO		
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO?		$ 2.906.250				

Firma del Contratista

TERESA MUÑOZ PEREA

C.C 36.724.751

Powered by CamScanner