	FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	Código: GJC23F	Versión: 2
HJMB Julio Méndez Barreneche		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024	
		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 20/MARZO/2024	

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y
MARIA ISABEL VENGOECHEA RUIZ
CON C.C Nº 1.082.932.071

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.	CD20241542			DE FECHA		17/FEBRERO/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$10.400.000			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:		$5.200.000
Nº PAGO / Nº DE INFORME::	2 DE 2		Nº CRP:	1878	Nº CDP:	300
PLAZO DEL CONTRATO	(2)DOS MES(ES)		FECHA DEL ACTA DE INICIO:		17/FEBRERO/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:	802049263	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	CONFIANZA
FECHA DE LA PÓLIZA	15 DICIEMBRE 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:	9464002841	OPERADOR:	APORTES EN LINEA PORTAL INDEPENDIENTE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	6-mar-24	260.000
PENSIÓN:	COLFONDOS	6-mar-24	332.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA ARL	6-mar-24	50.700

VI.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.

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 período correspondiente

FIRMA DEL CONTRATISTA:	
Nº. IDENTIFICACIÓN:	1.082.932.071

	FORMATO INFORME DE SUPERVISOR	Código: GJC22F	Versión: 1
HJMB Julio Méndez Barreneche		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/01/2024	
		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 20/MARZO/2024	

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y
MARIA ISABEL VENGOECHEA RUIZ
CON C.C N° 1.080.932.071

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.	**CD20241542**		**DE FECHA**		**17/FEBRERO/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:**	**1878**	**N° CDP:**	**300**
PLAZO DEL CONTRATO	(2)DOS MES(ES)	**FECHA DEL ACTA DE INICIO:**		17/FEBRERO/2024	
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	**9464002841**	**OPERADOR:**		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)

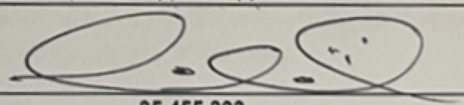
N° DE PÓLIZA:	802049263	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	CONFIANZA
FECHA DE LA PÓLIZA	15 DICIEMBRE 2023	**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**	XX

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DEL MES DE MARZO 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 (2)Dos.

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

HJMB E.S.E. Hospital Universitario JULIO MENDEZ BARRENECHE	**ACTA FINAL**	CÓDIGO: GJC26F VERSIÓN: 01 FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024 Página 1 de 1

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20241542 DEL 2024

NO. DEL CONTRATO	**CD20241542**
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**MARIA ISABEL VENGOECHEA RUIZ**
NO. DE IDENTIDAD	**1.082.932.071**
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**DIEZ MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/L. ($10.400.000)**
FORMA DE PAGO	El HUJMB cancelará al CONTRATISTA 2 cuotas por valor de **CINCO MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/L. ($5.200.000)**, de conformidad con el informe de la ejecución de las actividades contractuales realizadas, previa certificación de cumplimiento de expedida por parte del Supervisor del contrato.
PLAZO DE EJECUCIÓN	EL PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO ES A PARTIR DE SU LEGALIZACION, SIN EXCEDER EL 31 DE MARZO DEL 2024.
CDP	**300**
REGISTRO PRESUPUESTAL	**1878**
FECHA DE ACTA DE INICIO	**17 DE FEBRERO DE 2024**
FECHA DE TERMINACION CONTRATO	**31 DE MARZOO 2024**
SUPERVISOR DEL CONTRATO	UNIDAD FUNCIONAL DE QUIROFANOS Y TOCOFANOS

Entre los suscritos, **TUFITH ARTURO ATUNES CELEDON**, mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **85.455.393** expedida en Santa Marta, obrando en calidad de **PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN LA UNIDAD FUNCIONAL DE QUIROFANOS Y TOCOFANOS** quien actúa como supervisor del contrato **CD20241542** por otra parte **MARIA ISABEL VENGOECHEA RUIZ**, identificado con la cedula de ciudadanía No. **1.082.932.071** en su condición de contratista se reunieron para firmar acta de finalización de contrato.

Por último, el hospital se declara que no existe emolumento alguno entre las partes y con todo concepto respecto de las obligaciones mutuas pactadas en el contrato prestación de servicios en referencia.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta a los **31** días, del mes de **MARZO** del año **2024**.

SUPERVISOR,

TUFITH ARTURO ATUNES CELEDON
C.C. N° 85.455.393

CONTRATISTA,

MARIA ISABEL VENGOECHA RUIZ
C.C. N° 1.082.932.071

COPIA CONTROLADA

CUENTA DE COBRO

DATOS DEL CONTRATISTA		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 20/MARZO/2024	
NOMBRES Y APELLIDOS:	MARIA ISABEL VENGOECHEA RUIZ	CC:	1082932071
		RUT:	1082932071 - 1
CORREO ELECTRÓNICO:	mariaisabelvengoechearuiz@hotmail.com	TELEFONO:	300 852 93 30
DIRECCIÓN DOMICILIO:	MIRADOR DE MINCA TORRE 11 APTO 503	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:	CD20241542	Nº RP:	1878	N° CDP:	300	PLAZO - DURACIÓN: (2)DOS MESES
¿ADICIÓN O PRORROGA?	NO	TIEMPO PRORROGADO		NO		VALOR ADICIONADO: NO
FECHA DE INICIO CONTRATO	17/FEBRERO/ 2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/MARZO/2024		VALOR DEL CONTRATO: $10.400.000
N° CDP (ADICIÓN):	NO	OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA RESPIRATORIA, PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN EL GRUPO DE TRABAJO DE TERAPIA FISICA DE 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 MARZO DE 2024		
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO?				$ 5.200.000		

MARIA ISABEL VENGOECHEA RUIZ

C.C. 1.082.932.071

