HJMB E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE	**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO**	CODIGO: GJC23F VERSION: 003 FECHA DE ULTIMA REVISION: 22/08/2024 PAGINA 1 de 1

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y

DORIS BEATRIZ VERGARA GARMENDIZ

CON C.C N° 36555735

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL AREA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20244636**	**DE FECHA INICIO**	**10/9/2024**

ITEM	**II. 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	Realizar la entrega de los elementos de protección personal EPP a todo el personal de la entidad, de acuerdo con el cronograma establecido previamente por el área
2	Participar en las Inducciones realizadas en el área, en el tema de Riesgo Biológico.
3	Colaborar en las capacitaciones que de carácter permanente se realicen al personal sobre las causas de ocurrencias de accidentes con riesgosbiológicos.
4	Realizar lecciones aprendidas de los accidentes de trabajo que ocurran
5	Apoyar en todas las actividades que requiera para el normal desarrollo del sistema

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**9471691901**	**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SANITAS**	**9/9/2024**	**162.500**
PENSIÓN:	**PORVENIR**	**9/9/2024**	**208.000**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS**	**9/9/2024**	**31.700**

IV.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.

V. 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:	Doris B. Vergara G
N°. IDENTIFICACIÓN:	**85456990**

Powered by CamScanner

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 36555735		VERGARA GARMENDIZ DORIS BEATRIZ	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	EL PARQUE	SANTA MARTA-MAGDALENA	3013642349	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2024-08	2024-08	9471691901	9471691901	I	2024/09/09	2024/09/10	BANCO DE BOGOTA	1	$402,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
1	CC 36555735	VERGARA DORIS	25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,300,000	$31,700	0	$0	$0
Total	Afiliados(1)				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0

Powered by CamScanner

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 36555735		VERGARA GARMENDIZ DORIS BEATRIZ	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	EL PARQUE	SANTA MARTA-MAGDALENA	3013642349	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-08	9471691901	9471691901	I	2024/09/09	2024/09/10	BANCO DE BOGOTA	1	$402,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$200	$0	$208,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$208,000	$200	$0	$208,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$100	$0	$31,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$31,700	$100	$0	$31,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$200	$0	$162,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$162,500	$200	$0	$162,700
TOTAL				1	$402,200	$500	$0	$402,700

Powered by CamScanner

E.S.E. Hospital Universitario JULIO MÉNDEZ BARRENECHE	ACTA INICIO	CÓDIGO: GJC25F VERSIÓN: 01 FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024 Página 1 de 1

ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20244636 DEL 2024

NO. DEL CONTRATO	CD20244636 DEL 2024
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	DORIS BEATRIZ VERGARA GARMENDIZ
NO. DE IDENTIDAD	36.555.735
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL AREA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	SEIS MILLONES DE PESOS M/CTE ($6.000.000)
FORMA DE PAGO	TRES (3) CUOTAS MENSUAL
PLAZO DE EJECUCIÓN	APARTIR DE SU LEGALIZACIÓN (REGISTRO PRESUPUESTAL (5790) Y SUSCRIPCIÓN ACTA DE INICIO) HASTA EL 30 DE NOVIEMBRE DEL 2024.
CDP	779
REGISTRO PRESUPUESTAL	5790
SUPERVISOR DEL CONTRATO	PROFESIONAL ESPECIALIZADA DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE TALENTO HUMANO

Entre los suscritos a saber **ANA CAROLINA OJEDA MARTINEZ**, Profesional Especializada de la Unidad Funcional De Gestión De Talento Humano, y quien actúa como Supervisor del contrato No. **CD20244636** y por la otra, DORIS BEATRIZ VERGARA GARMENDIZ, en calidad de contratista quienes se reúnen para dar inicio al contrato en mención, cuyo objeto es el mencionado en la parte superior del presente documento.

Para constancia, se firma en Santa Marta, D.T.C. e H, a los diez (10) días del mes de septiembre del 2024.

Supervisor.

ANA CAROLINA OJEDA MARTINEZ
C.C Nº 49.780.602

Contratista.

DORIS BEATRIZ VERGARA GARMENDIZ
C.C Nº 36.555.735

COPIA CONTROLADA

Powered by CamScanner

HUJMB Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche

LISTA DE CHQUEO PARA INDUCCION DE PUESTO DE TRABAJO

Nombre completo	Doris Vergara.	Fecha de Ingreso	
Cedula	36555735	Área de Ingreso	
Presenta alguna discapacidad o una condición discapacitante: SI (X) o NO ( ) Si respondió en la casilla SI. Mencione cual es:	lewis.		
Nombre del líder del proceso o supervisor	Ana Carolina Ojeda		

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FIRMA RESPONSABLE	HORA
1. Inicia Proceso de Contratación Firma de actos administrativos (Personal de Planta)	Oficina de Contratación (Personal de OPS) o Talento Humano (personal nombrado)		9:20am
2. Inducción de Talento Humano	Dra. Ana Carolina y/o Persona designada		8:45 a.m.
3. Inducción del área de Seguridad y Salud en el Trabajo	Grupo de Trabajo SST		9:00 a.m.
4. Inducción de SARLAFT	Deisy Zagarra		10:00 a.m.
5. Inducción del área de Sistemas y asignación del perfil de usuario / Intranet.	Ingeniera Cindy Mattos y/o Persona designada		2:30 p.m.
6. Inducción al Puesto de Trabajo	Líder de Proceso O Supervisor		3:30 p.m.
7. Archivo de Contratación	Persona designada	Ingrid Ospino L	

Powered by CamScanner

DORIS BEATRIZ VERGARA GARMENDIZ
36555735
MZ 16 CASA 10 URB EL PARQUE
3013642359
DACALISNECAR777@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2024-09-25**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	DORIS BEATRIZ VERGARA GARMENDIZ		
DOCUMENTO:	36555735		
DIRECCIÓN:	MZ 16 CASA 10 URB EL PARQUE	TELÉFONO:	3013642359
CORREO ELECTRONICO:	DACALISNECAR777@GMAIL.COM		

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que en la declaración de renta del año gravable 2024 no tomaré costos y deducciones

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° CONTRATO:	CD20244636						
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL ÁREA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE						
RP:	5790	CDP:	779	FECHA INICIO:	2024-09-10	FECHA FINAL:	2024-11-30
VALOR CONTRATO:	6.000.000,00				VALOR A PAGAR:		2.000.000,00
BANCO A CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA			TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	91244079992
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A		VALOR CONTRATO CON ADICION:		0,00
PERIODO OBJETO DE COBRO:					**Septiembre**		

FIRMA

DORIS BEATRIZ VERGARA GARMENDIZ
C.C. 36555735 expedida en SANTA MARTA

Powered by CamScanner

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	FORMATO INFORME DE SUPERVISOR	Código: GJC22F	Versión: 1
		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/01/2024	

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y DORIS BEATRIZ VERGARA GARMENDIZ identificado con C.C. 36555735

Fecha de Diligenciamiento:	2024-09-25

I. DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL ÁREA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE

N° CONTRATO:	CD20244636	RP:	5790	CDP:	779
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	6.000.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:			2.000.000,00
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2024-09-10	FECHA DE FINALIZACION:			2024-11-30
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANA CAROLINA OJEDA MARTINEZ				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE TALENTO HUMANO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR CONTRATO CON ADICION:	0,00

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

IV. CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS

1. El contrato se encuentra debidamente legalizado: SI
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: SI
3. Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en su respectiva carpeta contractual: SI
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: SI

Teniendo en cuenta lo anterior, en mi calidad de supervisor doy visto bueno para el respectivo pago correspondiente al periodo del mes de Septiembre

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

ANA CAROLINA OJEDA MARTINEZ
49780602
UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE TALENTO HUMANO

Powered by CamScanner