HJMB 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 MERLYS DE LA CONCEPCION LUNA BELTRAN identificado con C.C. 39098843

Fecha de Diligenciamiento:	2024-10-28

I. DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.

N° CONTRATO:	CD20242524	RP:	2927	CDP:	510
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	14.000.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	2.000.000,00		
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2024-04-01	FECHA DE FINALIZACION:	2024-10-31		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	NINA VANESSA DIAZ ACOSTA				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

CDP - ADICION:	991	RP - ADICION:	5553	VALOR CONTRATO CON ADICION:	4.000.000,00

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 Octubre

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

MC

NINA VANESSA DIAZ ACOSTA
36727527
UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA

A

Powered by CamScanner

MERLYS DE LA CONCEPCION LUNA BELTRAN
39098843
CALLE 32 CARRERA 17 PRIMERO DE MAYO
6054346262
CALLE 30 CARRERA 21 CERRO PRIMERO DE MAYO

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2024-10-28**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	MERLYS DE LA CONCEPCION LUNA BELTRAN		
DOCUMENTO:	39098843		
DIRECCIÓN:	CALLE 32 CARRERA 17 PRIMERO DE M	TELEFONO:	6054346262
CORREO ELECTRONICO:	CALLE 30 CARRERA 21 CERRO PRIMERO DE MAYO		

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:	CD20242524						
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.						
RP:	2927	CDP:	510	FECHA INICIO:	2024-04-01	FECHA FINAL:	2024-10-31
VALOR CONTRATO:	14.000.000,00			VALOR A PAGAR:	2.000.000,00		
BANCO A CONSIGNAR:	DAVIVIENDA			TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	488400151578 5
CDP - ADICION:	991	RP - ADICION:	5553	VALOR ADICION:	4.000.000,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Octubre**						

FIRMA

MERLYS DE LA CONCEPCION LUNA BELTRAN
C.C. 39098843 expedida en PLATO (MAGDALENA)

Powered by CamScanner

HJMB JULIO MENDEZ BARRENECHE	**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO**	CODIGO GJC23 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

MERLYS DE LA CONCEPCION LUNA BELTRAN

CON C.C Nº 39098843

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CO20242524
DE FECHA INICIO	1/10/2024

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 especificas del objeto del contrato)
1	
2	Aseo [illegible]
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	
41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	
48	
49	
50	
51	
52	
53	
54	
55	
56	

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	4569950450	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	EPS SANITAS	22/10/2024	162.500
PENSIÓN:	PROTECCION	22/10/2024	208.000
RIESGOS LABORALES:	COLMENA	22/10/2024	31.700

IV. 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.

V. ANEXOS

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

FIRMA DEL CONTRATISTA:	
Nº. IDENTIFICACIÓN:	39098843

Powered by CamScanner

SOi

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	[redacted]
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			MERLYN DE LA CONCEPCION LUNA BELTRAN
CIUDAD MUNICIPIO	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO	MAGDALENA
DIRECCIÓN	CALLE 30 CON KRA 21 BARRIO 1 DE MAYO	TELEFONO	[redacted]
TIPO APORTANTE	DEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA	Actividades Independientes) Trabajadores de la sc
FORMA DE PRESENTACION	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA	45695514450	TIPO DE PLANILLA			INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACION OTROS	MES [redacted] AÑO 2024	PERIODO COTIZACION SALUD	MES [redacted] AÑO		2024
DIAS DE MORA	12				
FECHA PAGO (Asistida por SI)	2024-10-22	NUMERO AUTORIZACIÓN			[redacted]

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACION	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230301	PROTECCION	1	$ 258.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.800	$ 0	$ 258.600	$ 1.800	$ 260.400
SUBTOTALES										$ 258.600	$ 1.800	$ 260.400

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NUMERO AUTORIZACION	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NUMERO AUTORIZACION	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
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.			$ 0		$ 0		$ 0	$ 142.500	$ 0	$ 1.400	$ 0	$ 142.500	$ 1.400	$ 0	$ 143.900
SUBTOTALES				$ 0		$ 0		$ 0	$ 142.500	$ 0	$ 1.400	$ 0	$ 142.500	$ 1.400	$ 0	$ 143.900

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NUMERO AUTORIZACION	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-28	[redacted]	1						$ 31.700	$ 0	$ 31.700	$ 300	$ 0	$ 32.000
SUBTOTALES				$ 0	$ 0					$ 31.700	$ 300	$ 0	$ 32.000

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

Nº	DATOS DEL COTIZANTE: IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	EXTRANJERO	ACTIVIDAD ALTURA	NOVEDADES	SEGURIDAD SOCIAL: PENSIÓN ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACION	FSP %SUBSISTENCIA	FSP %SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMBARGO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACION	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	PARAFISCALES IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINED TOTAL APORTE
1	CC [redacted]	LUNA BELTRAN MERLYN DE LA CONCEPCION	INDEPENDIENTE	INDEPENDIENTE	$ 1.300.000		NO			230301-PROTECCION	30	$ 1.300.000	$ 205.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 205.000	EPS005-SANITAS EPS	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-28-COLMENA	30	$ 1.300.000	$ 31.700	$ 31.700							

TOTAL $ 405.700

Planilla Pagada

Powered by CamScanner

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

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20242524 DEL 2024

NO. DEL CONTRATO	**CD20242524 DE 2024**
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**MERLYS DE LA CONCEPCION LUNA BELTRAN**
NO. DE IDENTIDAD	**39098843**
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	CATORCE MILLONES DE PESOS ($14.000.000)
FORMA DE PAGO	7 cuotas por valor de DOS MILLONES DE PESOS M/L. ($2.000.000), 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	Previa legalización del contrato sin exceder 31 de OCTUBRE de 2024.
CDP	510
CDP ADICION	991
REGISTRO PRESUPUESTAL	2927
REGISTRO PRESUPUESTAL ADICION	5553
FECHA DE ACTA DE INICIO	01 DE ABRIL DE 2024
FECHA DE TERMINACION CONTRATO	31 DE OCTUBRE DE 2024
SUPERVISOR DEL CONTRATO	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA

Entre los suscritos, **NINA VANESSA DIAZ ACOSTA,** mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **CC. 36.727.527,** expedida en Santa Marta, obrando en calidad de Sugerente científica, quien actúa como supervisor del contrato **CD20242524 DE 2024,** por otra parte, **MERLYS DE LA CONCEPCION LUNA BELTRAN**, identificado con la cédula de ciudadanía No. **39098843** 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 **OCTUBRE** del año **2024**.

SUPERVISOR (E),

NINA VANESSA DIAZ ACOSTA
CC36.727.527

CONTRATISTA,

MERLYS DE LA CONCEPCION LUNA BELTRAN
CC. 39098843

Powered by CamScanner