	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 BETZA DOLORES FIHOLL JIMENEZ identificado con C.C. 26845730

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 GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.				
N° CONTRATO:	CD20242386	RP:	2810	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:	AURA STELLA DAZA PEÑA				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

CDP - ADICION:	886	RP - ADICION:	5428	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 Septiembre

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

AURA STELLA DAZA PEÑA
36541888
UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA

Powered by CamScanner

BETZA DOLORES FIHOLL JIMENEZ
26845730
CRA 5 # 5-44 PUEBLO VIEJO
3014770097
BETZADOLORES@OUTLOOK.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	2024-09-25		
NOMBRES Y APELLIDOS:	BETZA DOLORES FIHOLL JIMENEZ		
DOCUMENTO:	26845730		
DIRECCIÓN:	CRA 5 # 5-44 PUEBLO VIEJO	TELÉFONO:	3014770097
CORREO ELECTRONICO:	BETZADOLORES@OUTLOOK.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:	CD20242386						
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:	2810	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:	BANCOLOMBIA			TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	51679621959
CDP - ADICION:	886	RP - ADICION:	5428	VALOR CONTRATO CON ADICION:	4.000.000,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Septiembre**						

FIRMA

Betza Dolores Fiholl Jimenez

BETZA DOLORES FIHOLL JIMENEZ
C.C. 26845730 expedida en PUEBLO VIEJO

Powered by CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO.GENERAL

SOI

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACION:	CEDULA DE CIUDADANIA	NUMERO DE IDENTIFICACION:	2684173
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			BIETZA DOLORES FIHOLL FIHOLL JIMENEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCION:	CALLE 25 CR 40	TELEFONO:	4200000
TIPO APORTANTE:	15-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	4-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades Veterinarias y Similares en la act
FORMA DE PRESENTACION:	UNICO		
APORTANTE ESTAMPADO PAGO APORTES SALUD, TDNA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA:			456658252	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES:	agosto AÑO:	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	agosto AÑO:	2024
DIAS DE MORA:			13				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/09/04	NUMERO AUTORIZACIÓN:			9/09/241219

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR APORTES	COTIZACIÓN	VALOR APORTES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EMSSANITAS EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.600	$ 0	$ 1.800	$ 0	$ 162.600	$ 1.800	$ 0	$ 164.400
SUBTOTALES													$ 162.600	$ 1.800	$ 0	$ 164.400

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS INFORMADO	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-25	14-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 31.799	$ 31.799	$ 400	$ 0	$ 32.199
SUBTOTALES									$ 31.799	$ 400	$ 0	$ 32.199

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE																								SEGURIDAD SOCIAL																										PARAFISCALES										
																								PENSIÓN								SALUD						ARP																							
AP	TIPO DE COTIZANTE	SUBTIPO																						ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTES	DIAS COT	IBC	CCF	TOTAL APORTES	SENA	TOTAL APORTES	ICBF	TOTAL APORTES	ESAP	TOTAL APORTES	MINEDUC	TOTAL APORTE
1	01 DEPENDIENTE																							EPS037, NUEVA EPS	30	$ 1.300.000	$ 162.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	14-25, POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000		$ 0	$ 31.799	$ 31.799																											

TOTAL	$ 196.400

Planilla Pagada
SOI
Planilla Pagada

Powered by CamScanner