HJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ 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 MAITE ELENA ESTRADA GRANADOS Identificado con C.C. 36666916

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:	CD20244512	RP:	4937	CDP:	780

VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	4.000.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	2.000.000,00
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2024-08-05	FECHA DE FINALIZACION:	2024-09-30
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	AURA STELLA DAZA PEÑA		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA		

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

CDP - ADICION:	0	RP - ADICION:	0	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

AURA STELLA DAZA PEÑA
36541888
UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA

Scanned with CamScanner

MAITE ELENA ESTRADA GRANADOS
36666916
CLLE8KRA 7#7-22
3114163144
MAIESTRADA@HOTMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2024-09-25**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	MAITE ELENA ESTRADA GRANADOS		
DOCUMENTO:	36666916		
DIRECCIÓN:	CLLE8KRA 7#7-22	TELÉFONO:	3114163144
CORREO ELECTRONICO:	MAIESTRADA@HOTMAIL.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:	CD20244512
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:	4937	CDP:	780	FECHA INICIO:	2024-08-05	FECHA FINAL:	2024-09-30

VALOR CONTRATO:	4.000.000,00	VALOR A PAGAR:	2.000.000,00

BANCO A CONSIGNAR:	BANCO BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	221272297

CDP - ADICION:	0	RP - ADICION:	0	VALOR CONTRATO CON ADICION:	0,00

PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Septiembre**

FIRMA

MAITE ELENA ESTRADA GRANADOS
C.C. 36666916 expedida en SANTA MARTA

Scanned with CamScanner

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE

GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20244512 DEL 2024.

NO. DEL CONTRATO	N° CD20244512 DEL 2024.
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	MAITE ELENA ESTRADA GRANADOS
NO. DE IDENTIDAD	36.666.916
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	CUATRO MILLONES DE PESOS ($4.000.000) DE PESOS
FORMA DE PAGO	2 pagos por valor de ($2.000.000) parciales, 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 del 30 de SEPTIEMBRE del 2024.
CDP	780
REGISTRO PRESUPUESTAL	4937
FECHA DE ACTA DE INICIO	05/08/2024
FECHA DE TERMINACION CONTRATO	30 de SEPTIEMBRE de 2024
SUPERVISOR DEL CONTRATO	PROF. ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL ENFERMERIA

Entre los suscritos, AURA STELLA DAZA PEÑA, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía número 36.541.888 expedida en Santa Marta, obrando en calidad de **PROF. ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL ENFERMERIA** quien actúa como supervisor del contrato N° **CD20244512** por otra parte MAITE ELENA ESTRADA GRANADOS identificado con la cedula de ciudadanía No. 36.666.916 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 30 de SEPTIEBRE de 2024

AURA STELLA DAZA PEÑA
CC. 36.541.888
PROF. ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL ENFERMERIA

MAITE ELENA ESTRADA GRANADOS
36.666.916
CONTRATISTA

Scanned with CamScanner

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 36666416		ESTRADA GRANADOS MAITE HELENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 8 7 22	SANTA MARTA-MAGDALENA	4216412	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-08	924939471	9471550288	I	2024/09/05	2024/09/19	NEQUI	14	$406,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$31,700		$0	$0		$402,200
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		$402,200
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		$402,200
1	CC	36666416	ESTRADA MAITE	23108	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,300,000	2.436%	$31,700	0	$0	$0	No	$402,200
Total	Afiliados(1)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$31,700		$0	$0		$402,200

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 36666416		ESTRADA GRANADOS MAITE HELENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 8 7 22	SANTA MARTA-MAGDALENA	4216412	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-08	924939471	9471550288	I	2024/09/05	2024/09/19	NEQUI	14	$406,500

RESUMEN DE PAGO

NIVEL	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$2,200	$0	$210,200
COLFONDOS	23100	800,227,940	6	1	$208,000	$2,200	$0	$210,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$400	$0	$32,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$31,700	$400	$0	$32,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$1,700	$0	$164,200
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$162,500	$1,700	$0	$164,200
TOTAL				1	$402,200	$4,300	$0	$406,500

Scanned with CamScanner