HUJMB	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 YENYS MARIA CUISMAN ORTIZ identificado con C.C. 57293381

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:	CD20242588	RP:	2984	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:	1043	RP - ADICION:	5594	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 P

AURA STELLA DAZA PEÑA
36541888
UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA

YENYS MARIA CUISMAN ORTIZ
57293381
CRA 12 3-25 PESCAITO
4209000
YENISMARIA1980@HOTMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2024-09-25**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	YENYS MARIA CUISMAN ORTIZ		
DOCUMENTO:	57293381		
DIRECCIÓN:	CRA 12 3-25 PESCAITO	TELÉFONO:	4209000
CORREO ELECTRONICO:	YENISMARIA1980@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:	CD20242588						
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:	2984	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:	055048844586309
CDP - ADICION:	1043	RP - ADICION:	5594	VALOR ADICION:	4.000.000,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Septiembre**						

FIRMA

Yens Cuisman O.

YENYS MARIA CUISMAN ORTIZ
C.C. 57293381 expedida en SANTA MARTA

HUMB HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	FORMATO INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	CODIGO GJCDF VERSION 003 FECHA DE ULTIMA REVISION 23/08/2024 PAGINA 1 de 1

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y	
YENIS MARIA QUIÑONES ORTIZ	
CON C.C. Nº 57.293.351	
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	
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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	0020240588	DE FECHA INICIO:	5/08/2024

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

III. INFORMACION DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	94720648	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	23/08/24	162.000
PENSION:	PROTECCION	23/08/24	208.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA ARL	23/08/24	31.700

IV. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA
1 - Que desarrolle las actividades descritas en el informe anexo, dentro de periodo de cobro. 2 - Que realice el pago de la Seguridad Social en salud y pensión y los pagos de sus aportes especiales. 3 - Que autorizo los descuentos a que haya lugar según lo pactado en el contrato.

V. ANEXOS (Cuando se requiera con el cumplimiento de las obligaciones del contrato)
Anexar en folios fotográficos y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo consignado en el informe

FIRMA DEL CONTRATISTA:	[signature] YENIS MARIA QUIÑONES ORTIZ
Nº. IDENTIFICACION:	C.C. 57.293.351

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	Dv	Razón Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Email para envío DEIAA y otros
CC 37931261		CLEOMAN ORTIZ [illegible]	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 1° 13-07	BOGOTA-BOGOTA D.C.	4328464	n/a

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Forma	Días Mora	Valor
2024-09	2024-09	4140219	9470134462	E	2024/09/13	2024/09/13	BANCO DE BOGOTA	5	$469,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
T.d.	Identificación	Nombres	Cotiza	Días	IBC	Aporte	Cotiza	Días	IBC	Aporte	Cotiza	Días	IBC	Aporte	Cotiza	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$390,000			$1,300,000	$140,300			$0	$0			$1,300,000	$31,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$390,000			$1,300,000	$140,300			$0	$0			$1,300,000	$31,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.C. (1 Afiliados)					$1,300,000	$390,000			$1,300,000	$140,300			$0	$0			$1,300,000	$31,200		$0	$0
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	$1,300,000	$390,000	[illegible]	[illegible]	$1,300,000	$140,300		[illegible]	$0	$0	[illegible]	[illegible]	$1,300,000	$31,200	[illegible]	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,300,000	$390,000			$1,300,000	$140,300			$0	$0			$1,300,000	$31,200		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	Dv	Razón Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ubicación Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
[illegible]		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	A	[illegible]	[illegible]	[illegible]	4	[illegible]

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS 1)				1	$208,800	$800	$0	$208,800
PROTECCION	23020	800,229,739	8	1	$208,800	$800	$0	$208,800
ARL (ADMINISTRADORAS 1)				1	$31,700	$200	$0	$31,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	1-10	860,011,153	6	1	$31,700	$200	$0	$31,900
EPS (ADMINISTRADORAS 1)				1	$162,500	$600	$0	$163,100
SALUD TOTAL	EPS001	800,130,907	4	1	$162,500	$600	$0	$163,100
TOTAL				**1**	**$402,200**	**$1,600**	**$0**	**$403,800**