ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

NIT: 891780185
CARRERA 14 #23-42
4346262

AÑO: 2024 NÚMERO DE ACUERDO: 004 FECHA: 05/07/2024

REGISTROS PRESUPUESTALES No. 4368

LA PROFESIONAL UNIVERSITARIA DE PRESUPUESTO

CERTIFICA

CERTIFICADO DISPONIBILIDAD No.721

TERCERO: 700346745 - VIÑAS MARQUEZ WILFRENDY ROCIO

QUE POR MEDIO DEL CUAL SE REGISTRA EN EL LIBRO DE PRESUPUESTO, LOS VALORES QUE SE RELACIONAN A CONTINUACION:

SERVICIO DE PERSONAL ASISTENCIAL DE ESTA ESE. SEGUN OPS 3731

VALOR: $ 2,000,000.00

DOS MILLONES (PESOS)

Código Rubro	Descripción	Lugar	cod. CPC descripción CPC	Valor
2.4.5.02.09.901.20	servicios personales (personal asistencial)	ESE JULIO MENDEZ BARRENECHE		2,000,000

Contrato	No. Contrato	Fecha Inicial	Fecha Final
PRESTACION DE SERVICIOS	3731		

LEDYS GALINDO MORALES
PROFESIONAL UNIVERSITARIO
PRESUPUESTO

USUARIO IMPRIME: MAURICIO JOSE LASTRE MANCERA
IMPRESO POR: Sistemas CitiSalud SAS
ELABORADO POR: MAURICIO JOSE LASTRE MANCERA

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. CD20243731 DEL 2024

NO. DEL CONTRATO	CD20243731 DEL 2024
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	VIÑAS MARQUEZ WILFRENDY ROCIO
NO. DE IDENTIDAD	**700346745**
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN, COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	DOS MILLONES DE PESOS M/L ($2.000.000)
FORMA DE PAGO	1 cuota por valor de DOS MILLONES DE PESOS M/L ($2.000.000), de conformidad con el informe de 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 JULIO DE 2024
CDP	721
REGISTRO PRESUPUESTAL	4368
SUPERVISOR DEL CONTRATO	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFMERIA

Entre los suscritos a saber **AURA STELLA DAZA PEÑA,** en su calidad de **Profesional Especializado Unidad Enfermeria** y quien actúa como Supervisor del contrato No. **CD20243731** y por la otra, VIÑAS MARQUEZ WILFRENDY ROCIO, 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 por las partes, en la ciudad de Santa Marta a los **5** días, del mes de **JULIO** del año **2024**.

SUPERVISOR,

AURA STELLA DAZA PEÑA
C.C. 36.541.888

CONTRATISTA,

VIÑAS MARQUEZ WILFRENDY ROCIO
C.C 700346745

Powered by CamScanner

E.S.E. Hospital Universitario JULIO MÉNDEZ BARRENECHE	**ACTA DE DESIGNACIÓN DE SUPERVISOR**	CÓDIGO: GJC24F VERSIÓN: 02 FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024 Página **1** de **1**

PARA: UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA
DE: GERENTE
ASUNTO: Designación de Supervisor

En calidad de ordenador del gasto me permito comunicarle que ha sido designado(a) como Supervisor del siguiente contrato:

CONTRATO	CONTRATISTA	OBJETO	PLAZO
CD20243731	WILFRENDY ROCIO VIÑAS MARQUEZ	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.	Previa legalización, sin exceder el 31 de julio de 2024

En su actuación como Supervisor, está en la obligación de mantener un estricto control sobre la ejecución del objeto y obligaciones contractuales, por cuanto de conformidad con lo establecido en los artículos 51 y 56 de la Ley 80 de 1993, la Ley 1952 de 2019 y la Ley 1474 de 2011, el supervisor responderá disciplinaria, fiscal, civil y penalmente por sus acciones y omisiones en la actuación contractual, en los términos de la Constitución y la Ley.

Adicionalmente estará obligado a dar estricto cumplimiento a las obligaciones que defina la entidad a través del Manual de Contratación, el Manual de Supervisión e interventoría y las circulares que se expidan, y el Grupo de Trabajo de Contratación a través de la Oficina Asesora Jurídica y Control Disciplinario respecto de los asuntos referidos a la ejecución contractual y la etapa postcontractual.

Los supervisores están obligados a expedir los informes de supervisión y demás documentos de la ejecución contractual los cuales deberán presentarse dentro del término que se señale en el clausulado contractual o cuando sea requerido por el ordenador del gasto para que reposen en el expediente contractual de la Entidad.

Dentro de sus obligaciones principales está la vigilancia del cumplimiento del plazo de ejecución, de las obligaciones y del cronograma de actividades, si lo hubiere, así como informar al Grupo de Trabajo de Contratación cualquier acontecimiento que impida el normal desarrollo del contrato o convenio, estudiar las solicitudes, sugerencias, reclamaciones y consultas del contratista, exigir la documentación e información que estime pertinente y necesaria para el cabal cumplimiento de sus obligaciones como supervisor, exigir la acreditación del cumplimiento de las obligaciones adquiridas con el sistema de seguridad social integral y parafiscales según sea el caso, aprobar las solicitudes de pago, y todas las demás obligaciones que deban cumplir las partes y/o el contratista, señaladas en el respectivo contrato o convenio.

Una vez finalice el contrato o convenio cuya supervisión le corresponda, tendrá la obligación de expedir un informe final de supervisión, la certificación final de cumplimiento del objeto contractual y proyectar el acta de liquidación respectiva, en los casos que aplique, la cual deberá venir acompañada de la certificación de pagos y el certificado de saldos y pagos expedidos por el Grupo de Trabajo de Tesorería y el Grupo de Trabajo de Contabilidad.

Todos los documentos antes citados deberán ser remitidos al Grupo de Trabajo de Contratación para su revisión y trámite pertinente, con el fin de dar cumplimiento al procedimiento de liquidación contractual.

NORA ELVIRA ANILLO ROMERO
GERENTE (E)

COPIA CONTROLADA

Powered by CamScanner

HUMB E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE	FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	Código: GJC23F	Versión: 2
		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024	
		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/07/2024	

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

WILFRENDY ROCIO VIÑAS MARQUEZ

CON C.C N° 700.346.745

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20243731			DE FECHA	5/07/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$ 2,000,000			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:	$2.000.000
N° PAGO / N° DE INFORME::	1 DE 1	N° CRP:	4368	N° CDP:	721
PLAZO DEL CONTRATO	(1) UN MESES	FECHA DEL ACTA DE INICIO:	5/07/2024		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	AURA STELLA DAZA PEÑA				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N/A	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				N/A	
VALOR ADICIONADO	N/A	CDP DE LA ADICIÓN:	N/A	CRP DE LA ADICIÓN:	N/A	TIEMPO PRORROGADO:	N/A

III. POLIZAS (SI APLICA)

N° DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	N/A

ITEM	IV. 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	Recibí y entregue turno de acuerdo a la guía.
2	Proporcioné atención de enfermería a pacientes de consulta externa, hospitalizados según las necesidades físicas, fisiológicas, psicológicas y sociales (toma de signos vitales, baño en cama, asistí en la alimentación, toma de glucometría, cambios de posición, arreglo de la unidad, toma de muestra de laboratorio, realice venopunción y verifique signos de flebitis, instale y retire infusiones de líquidos, realice asepsia a los implementos de trabajo como aspirador, riñoneras, pisingo, patos cada vez que sea necesario).
3	Asistí al paciente en la alimentación enteral y parenteral.
4	Informe al enfermero de turno y a la profesional especializada de seguridad del paciente los incidentes, eventos adversos presentados en el servicio.
5	Informe de las fallas de material y equipos de servicios.
6	Realicé nlas respectivas solicitudes y devoluciones a farmacia de insumos o medicamentos de los pacientes que ingresen y egresen bajo la supervisión de la enfermera.
7	Recibí y entregue a los pacientes a los diferentes servicios con la lista de chequeo correspondiente.
8	Observé y reporté los signos de alarma presentados por los pacientes.
9	Clasifiqué, ordene y controlé las lencerías de los servicios a efectos de reposición de ropas y de vestuario, relacionándose con los servicios de lavandería.
10	Realicé una adecuada segregación de los elementos de protección personal, residuos hospitalarios que se generan en la atención de los pacientes, de cualquier otro procedimiento y manejo de ropa sucia.
11	Recibí, registré oportunamente los elementos de protección personal y cumplí con el correcto uso de estos.
12	Tuve adherencia a protocolos, guías y procedimientos requeridos en la prestación del servicio.
13	Preparé los paquetes de material (confección de ápositos de gasa, torundas y otro material), coloqué los controles químicos y biológicos necesarios, coloque las fechas de empacad, cerré sobres de material.
14	Clasifiqué el material de esterilización, comprobé el correcto empaquetamiento, introducí los diferentes paquetes según características, colaboré en la puesta en marcha de los aparatos, cumplí con los registros específicos.

Powered by CamScanner

HJMB E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE	FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	Código: GJC23F	Versión: 2
		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024	
		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/07/2024	

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

WILFRENDY ROCIO VIÑAS MARQUEZ

CON C.C Nº 700.346.745

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20243731		DE FECHA		5/07/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$ 2,000,000		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:		$2,000,000
N° PAGO / N° DE INFORME::	1 DE 1	Nº CRP:	4368	Nº CDP:	721
PLAZO DEL CONTRATO	(1) UN MESES	FECHA DEL ACTA DE INICIO:	5/07/2024		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	AURA STELLA DAZA PEÑA				

15	Proporcioné desde la zona intermedia todo el material necesario para la intervención (hojas, bisturíes, ápositos) y mantuve la zona de respuesta, limpia y ordenada
16	Al realizar el traslado de un paciente a otro servicio o por medio de la ambulancia, antes: de recibir órdenes del servicio, informé a los familiares que se le va a realizar el procedimiento y aliste media hora antes al paciente, verifiqué que el nombre del paciente, y número de cama asignada, verifique el estado del paciente, para ver si se puede transportar en silla de rueda o en camilla, verifiqué el acompañamiento del familiar, miré las condiciones de las venas, si están permeables y con agiocath No. 18 reciente.
17	Controlé las entradas y salidas de historias clínicas de su consultorio (prestación historias clínicas)
18	Surtí a los consultorios de materiales, equipos, etc
19	Recogí las facturas de los pacientes y verifique que estos aparezcan en el sistema
20	Usé adecuadamente y racional de elementos, recursos y demás medios institucionales
21	Garanticé la presencia oportuna, cuando se requiere hacer los procedimientos y labores propias del auxiliar de enfermería en cualquier servicio de la E.S.E
22	Respondí por los daños y perjuicios en salud que se le generó a un usuario por su negligencia, omisión, descuido, olvido, exceso o cualquier otra acción imputable a su culpa.
23	Tuve comunicación las 24 horas del día para su fácil localización en casos de urgencias, para lo cual deberán certificar el número telefónico
24	La suspención, cancelación y atrasos en la prestación de los servicios por incumplimiento en los turnos asignados sin justificación que ocasionen transtornos o alteraciones en la oportunidad de la prestación del servicio, serán objeto de glosas de la orden que se genere, el incumplimiento a un turno nocturno no tiene derecho al descanso.
25	El valor mensual facturado dependerá de las actividades contratadas y cumplidas por parte del contratista y verificados por el supervisor del contrato
26	Reporté inmediatamente cualquier incapacidad a la profesional especializada de la unidad de enfermería
27	Desarrollé las actividades definidas de acuerso a contratación definido por partes con las agendas de turno y horas establecidas mensuales (192H)
28	Asistí a capacitaciones, programas de formación contínua y apropiación de procesos de inducción y reinducción
29	Garanticé la prestación de servicio objeto del contrato cumplí estrictamente con las características y referencias descritas en el presente documento, las cuales se deben ajustar a las normas de calidad de conformidad con lo establecido por la E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche. Adicionalmente la garantía delos servicios ofrecidos debe permitir que estos mentegan su calidad e idoneidad
30	Realicé todas y cada una de las actividades que asigno el supervisor del contrato y las demás que determine el gerente, y que se deriven de las necesidades de la E.S.E

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9469070454	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	15/07/2024	$ 119.200
PENSIÓN:	COLPENSIONES	15/07/2024	$ 152.600
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	15/07/2024	$ 23.000

Powered by CamScanner

HUMB Julio Méndez Barreneche	FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	Código: GJC23F	Versión: 2
		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024	
		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/07/2024	

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

WILFRENDY ROCIO VIÑAS MARQUEZ

CON C.C Nº 700.346.745

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20243731		DE FECHA		5/07/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$ 2,000,000		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:		$2,000,000
N° PAGO / N° DE INFORME::	1 DE 1	Nº CRP:	4368	Nº CDP:	721
PLAZO DEL CONTRATO	(1) UN MESES	FECHA DEL ACTA DE INICIO:	5/07/2024		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	AURA STELLA DAZA PEÑA				

VI.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.

VII. 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:	Wilfrendy Viñas
N°. IDENTIFICACIÓN:	CC. 700.346.745

Powered by CamScanner

HJMB Julio Méndez Barreneche	FORMATO INFORME DE SUPERVISOR	Código: GJC22F	Versión: 1
		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/01/2024	
		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:30/07/2024	

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y
WILFRENDY ROCIO VIÑAS MARQUEZ
CON C.C N° 700.346.745

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20243731		DE FECHA		5/07/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$2.000.000		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:		$ 2.000.000
N° PAGO / N° DE INFORME::	1 DE 1	N° CRP:	4368	N° CDP:	721
PLAZO DEL CONTRATO	(1) UN MES	FECHA DEL ACTA DE INICIO:		05/07/2024	
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9469070454	OPERADOR:	APORTES EN LINEA		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	AURA STELLA DAZA PEÑA				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N/A	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				N/A	
VALOR ADICIONADO	N/A	CDP DE LA ADICIÓN:	N/A	CRP DE LA ADICIÓN:	N/A	TIEMPO PRORROGADO:	N/A

III. POLIZAS (SI APLICA)

N° DE PÓLIZA:	XX	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	XX
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	XX

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES DE JULIO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	El contrato se encuentra debidamente legalizado.	X	
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.	X	
3	Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en su respectiva carpeta contractual.	X	
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 articulo 50 de la Ley 789 de 2002.	X	

Teniendo en cuenta lo anterior, en mi calidad de supervisor doy visto bueno para el respectivo pago correspondiente al periodo N° 1 (UNO) de 1 (UNO)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	Aura Stella Daza P
N°. IDENTIFICACIÓN:	36.541.888

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
PT 2596444		VIÑAS MARQUEZ WILFRENDY ROCIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 29i numero 30b-69	SANTA MARTA-MAGDALENA	3024117593	NN

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	23127410	9469070454	I	2024/07/11	2024/07/15	BANCO DE OCCIDENTE	4	$403,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	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	PT	2596444	VIÑAS WILFRENDY	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

2024/07/15 01:11 PM

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
PT 2596444		VIÑAS MARQUEZ WILFRENDY ROCIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 29i numero 30b-69	SANTA MARTA-MAGDALENA	3024117593	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2024-06	2024-06	23127410	9469070454	I	2024/07/11	2024/07/15	BANCO DE OCCIDENTE	4	$403,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$700	$0	$208,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$208,000	$700	$0	$208,700
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	$500	$0	$163,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$162,500	$500	$0	$163,000
TOTAL				1	$402,200	$1,300	$0	$403,500

Powered by CamScanner

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20243731 DEL 2023.

NO. DEL CONTRATO	**N° CD20243731 DEL 2023**
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	WILFRENDY ROCIO VIÑAS MARQUEZ
NO. DE IDENTIDAD	700346745
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	$ 2.000.000 DOS MILLONES DE PESOS M/L
FORMA DE PAGO	1 pago 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 del 31 de JULIO del 2024.
CDP	721
REGISTRO PRESUPUESTAL	4368
FECHA DE ACTA DE INICIO	05/07/2024
FECHA DE TERMINACION CONTRATO	31 de JULIO de 2024
SUPERVISOR DEL CONTRATO	**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 **PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL ENFERMERIA** quien actúa como supervisor del contrato Nª **CD20243731** por otra parte, **WILFRENDY ROCIO VIÑAS MARQUEZ**, identificado con la cedula de ciudadanía No. **700346745** 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 Julio de 2024

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

WILFRENDY ROCIO VIÑAS
CC. 700346745
CONTRATISTA

Powered by CamScanner

CUENTA DE COBRO

DATOS DEL CONTRATISTA		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/07/2024	
NOMBRES Y APELLIDOS:	WILFRENDY VIÑAS MARQUEZ	PT	700346745
		RUT:	700346745 - 3
CORREO ELECTRÓNICO:	wilfrendyvinasmarquez@gmail.com	TELÉFONO:	3024117593
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 29 I No. 30 B 79 SANTANA	CIUDAD:	SANTA MARTA

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.

NO tomaré costos y deducciones	(X)
SI tomaré costos y deducciones	( )

La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORRO	N° CUENTA:	51600006832

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	CD20243731	N° RP:	4368	N° CDP:	721	PLAZO - DURACIÓN: 1 MES
¿ADICIÓN O PRORROGA?	NO	TIEMPO PRORROGADO		NO		VALOR ADICIONADO: NO
FECHA DE INICIO CONTRATO	5/07/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31 DE JULIO 2024		VALOR DEL CONTRATO: 2,000,000
N° CDP (ADICIÓN):	NO	OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE			
N° RP: (ADICIÓN)	NO					
¿SUSPENDIDO?	NO	FECHA DE REINICIO:	DD/MM/AAAA	NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN:	DD/MM/AAAA	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO (ADICIÓN)	NO	PERIODO OBJETO DE COBRO:		JULIO		
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO?		$ 2.000.000				

Firma del Contratista

Wilfrendy Viñas

WILFRENDY ROCIO VIÑAS MARQUEZ

C.C 700346745

Powered by CamScanner