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 ADRIANA PAOLA TORRES PEREZ identificado con C.C. 1082996615

Fecha de Diligenciamiento:	2024-09-25

I. DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.

N° CONTRATO:	CD20244484	RP:	5067	CDP:	780
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	6.200.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	3.100.000,00		
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

ADRIANA PAOLA TORRES PEREZ
1082996615
CALLE 31 # 19- 26 1 DE MAYO
0
ADRIANALUNAPEREZ@OUTLOOK.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2024-09-25**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	ADRIANA PAOLA TORRES PEREZ		
DOCUMENTO:	1082996615		
DIRECCIÓN:	CALLE 31 # 19- 26 1 DE MAYO	TELÉFONO:	0
CORREO ELECTRONICO:	ADRIANALUNAPEREZ@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:	CD20244484						
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.						
RP:	5067	CDP:	780	FECHA INICIO:	2024-08-05	FECHA FINAL:	2024-09-30
VALOR CONTRATO:	6.200.000,00			VALOR A PAGAR:	3.100.000,00		
BANCO A CONSIGNAR:	Bancolombia			TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	91211709290
CDP - ADICION:	0	RP - ADICION:	0	VALOR CONTRATO CON ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:				**Septiembre**			

FIRMA

ADRIANA PAOLA TORRES PEREZ
C.C. 1082996615 expedida en SANTA MARTA

Scanned with CamScanner

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	ADRIANA PAOLA TORRES PEREZ
IDENTIFICACIÓN:	CC-1082996615
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-09-19
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-09-20
FECHA DE PAGO:	2024-09-20
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERÍODO PENSIÓN:	2024-08
PERÍODO SALUD:	2024-08
NÚMERO PLANILLA:	30803490
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	30803490
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS002	800130907	SALUD TOTAL	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 1.800	$ 162.500	$ 164.300
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 2.300	$ 208.000	$ 210.300
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 400	$ 31.700	$ 32.100
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 4.500	$ 402.200	$ 406.700

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	04/10/2024

Scanned with CamScanner