E.S.E. 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 FANNY JUDITH COHEN DE ARMAS identificado con C.C. 36547706

Fecha de Diligenciamiento:	2024-11-26

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:	CD20245618	RP:	6704.0	CDP:	1579
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	6.200.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:		3.100.000,00	
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2024-11-07	FECHA DE FINALIZACION:		2024-12-31	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	AURA STELLA DAZA PEÑA				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	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 Noviembre

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

AURA STELLA DAZA PEÑA
36541888
UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA

Scanned with CamScanner

FANNY JUDITH COHEN DE ARMAS
36547706
CRRA 14 # 8-39 BARRIO OBREROS
3057842665
FANCOAR15@HOTMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2024-11-26**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	FANNY JUDITH COHEN DE ARMAS		
DOCUMENTO:	36547706		
DIRECCIÓN:	CRRA 14 # 8-39 BARRIO OBREROS	TELÉFONO:	3057842665
CORREO ELECTRONICO:	FANCOAR15@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:	CD20245618
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:	6704.	CDP:	1579	FECHA INICIO:	2024-11-07	FECHA FINAL:	2024-12-31
VALOR CONTRATO:	6.200.000,00			VALOR A PAGAR:	3.100.000,00		
BANCO A CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	564847838		
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Noviembre**						

FIRMA

FANNY JUDITH COHEN DE ARMAS
C.C. 36547706 expedida en SANTA MARTA

Scanned with CamScanner

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	CODIGO: GJC23F VERSION: 003 FECHA DE ULTIMA REVISION: 22/08/2024 PAGINA 1 de 1

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

FANNY JUDITH COHEN DE ARMAS

CON C.C Nº 36.547.706

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20245618**	**DE FECHA INICIO**	**07/11/2024**

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 especificas del objeto del contrato)
1	Planeé, organicé dirigí, realicé las gestiones necesarias para lograr el funcionamiento de los servicios de acuerdo a los planes y programas establecidos.
2	Solucioné los problemas detectados o comunicados; si están fuera de su alcance derivarlos al nivel jerárquico correspondiente (coordinadores de areas)
3	Realicé Rondas de Seguridad de Paciente diaria: Identificación de paciente, Venopunciones, Equipos invasivos, segregación de residuos hospitalarios, orden y aseo de los servicios
4	Verifiqué la aplicación de listas de chequeo para el control en la prevención de infecciones y procesos básicos de Enfermería.
5	Velé por el cumplimiento de los protocolos, procesos y formatos de los diferentes servicios.
6	Comprobé la realización de la asepsia en los diferentes servicios y que se encuentre bien organizado los sitios de trabajo.
7	Verifiqué que se registrarán en los formatos correspondiente la asepsia, equipos biomédicos, carro de paro, kit obstétricos, bitácoras ingreso y egreso de pacientes, bitácoras de enfermería, registros de elementos de protección personal, asignación de pacientes y roles, reservas de hemoderivados, lavandería, muestras sanguíneas, etc
8	Vigilé el uso adecuado de registros de enfermería: Expediente clínico, censo, registros estadísticos, planes de asignación, rotación y otros.
9	Supervisé que el personal a cargo cumpla con sus funciones asignadas.
10	Detecté la necesidad de material/equipo de los servicios y gestionar la adquisición.
11	Verifiqué que se cumpla con la notificación inmediata de los eventos adversos y/o incidentes que se presenten en la atención del paciente.
12	Participé en la actualización de documentos e instrumentos técnico administrativos de la unidad de Enfermería.
13	Informé al jefe inmediato de forma escrita de cualesquiera anomalías que se presente en los servicios.
14	Participé en las reuniones internas de la institución y que sean delegada por la jefe inmediata.
15	Verifiqué la preparación adecuada de los estudios y cirugía.
16	Verifiqué, realicé y gestioné el registro de eventos adversos, e incidentes y de infecciones intrahospitalarias presentados en el servicio.
17	Gestiné de estudios diagnóstico, estudios especiales e interconsultas, etc.
18	Proporcioné orientación a los estudiantes y al personal de inducción
19	Gestioné oportunamente las órdenes de transfusiones indicada para cada paciente y verificación de este procedimiento
20	Gestioné la asignación de las camas del servicio y a otro servicio
21	Verifiqué el registro de las curaciones de las enfermeras asistenciales
22	Notifiqué de daño a mantenimiento, realizar ronda conjuntamente con mantenimiento.
23	Informé por escrito, diariamente a coordinación los inconvenientes presentados en cada servicio.
24	Verifiqué el cumplimiento de la presentación personal de enfermería
25	Recibí y entregué turno de acuerdo a la guía institucional.
26	Asigné pacientes, consultorios al personal de auxiliar de Enfermería y enfermera asistencial antes de la ronda de Enfermería
27	Propicioné un ambiente agradable, utilizando siempre la comunicación asertiva tanto con paciente, familiar y grupo de trabajo
28	Elaboré reporte de enfermería
29	Maneje y controlé el material y equipo en la atención del paciente.
30	Garantizcé la presencia oportuna, cuando se requieran hacer los procedimientos y labores propias del profesional en enfermería en cualquiera de los servicios de la E.S.E.
31	Entregué historia clínica a facturación de paciente que tengan egresos en el orden establecidos
32	Respondí por los daños y perjuicios en salud que se le genere a un usuario por su negligencia, omisión, descuido, olvido, exceso o cualquier otra acción imputable a su culpa. Lo que conllevara igualmente a las sanciones disciplinarias a las que tenga lugar.
33	Participé en las jornadas científicas, actividades académicas y de investigación.
34	Verifiqué el correcto diligenciamiento del formato de SIVIGILA
35	Diligencié la Historia clínica de los pacientes cumpliendo con los parámetros establecidos en la Resolución No. 1995 de Julio 08 1.999 y demás normas legales que la complementen, sustituyan o deroguen.
36	Realicé seguimiento diario de la historia clínica (evolución, ordenes médica, notas de Enfermería, etc.,) en todo lo referente a la atención y evolución de los pacientes.
37	Tevé comunicación las 24 horas del día para su fácil localización en casos de urgencias, para lo cual deberán certificar el número telefónico.
38	Solicité los productos de asepsia y Supervisé la desinfección en el servicio y registrarlo en el formato correspondiente

Scanned with CamScanner

40	Presté los servicios que se encuentran relacionados en el estudio de conveniencia, necesidad y oportunidad, en las cantidades que se indiquen y con las características técnicas exigidas.
41	Cumplí con los turnos elaborados por la Unidad funcional de enfermería y realizar un informe de las actividades realizadas y el cumplimiento de las mismas.
42	Hacé uso racional de los insumos y elementos que se encuentren dentro del stock del servicio, velando por su adecuada utilización.
43	Proporcioné educación y orientación a pacientes y familiares para la conservación de la salud y tratamiento médico especifico.
44	Vigilé la conservación y uso adecuado de la capacidad instala del servicio.
45	Participé en la elaboración de manuales, procesos, horarios y procedimientos que permitan mejorar la prestación oportuna del servicio a los pacientes y usuarios de la institución.
46	Desarrollé las actividades definidas de acuerdo a contratación definido por partes con las agendas de turno y horas establecidas mensuales (192h)
47	Apliqué los indicadores de Seguridad del Paciente y Humanización del Servicio.
48	Obré con diligencia y el cuidado necesario en los asuntos que le asigne el supervisor del contrato.
49	Planifqué y supervisé que las actividades de enfermería dentro del quirófano o puesto al que haya sido asignado
50	Respondí oportunamente a solicitudes realizadas por el Supervisor del Contrato.
51	Adherecí a protocolos, guías y procedimientos requeridos en la prestación del servicio
52	Apoyé a los estudiantes en práctica que hagan parte de la relación docencia servicio
53	Reporté a biomédicos y mantenimiento en casos que se presente algún inconveniente con los equipos e infraestructura.
54	Verifiqué que el paciente que egrese se le entregue ordenes médica, epicrisis, incapacidades, resumen de procedimientos, formato de patología, controles médicos formulas médicas y entre otros
55	La suspensión, cancelación y atrasos en la prestación de los servicios por incumplimiento en los turnos asignados sin justificación que ocasionen trastornos y o alteraciones en la oportunidad de la prestación del servicio, serán objeto de glosas de la orden que se genere.
56	Asistí a capacitaciones, programas de formación continua, y apropiación de procesos de inducción y reinducción.
57	Las demás que determine el Gerente, el Supervisor y que se deriven de las necesidades de la E.S.E.

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	4574513468	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	20/11/2024	$162.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES		
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	20/11/2024	$31.700

IV.DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo 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.

V. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

FIRMA DEL CONTRATISTA:	
N°. IDENTIFICACIÓN:	C.C. 36.547.706

Scanned with CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

PO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	32853608
OMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CARMEN ALICIA PENALVER GOMEZ
UDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
IRECCIÓN:	SANTA MARTA	TELÉFONO:	0000000
PO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
PO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadoras, equipo per
ORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
PORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			4573652146	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	octubre	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	octubre	AÑO 2024
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/11/05	NÚMERO AUTOREZACIÓN:			0980543639

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
FC55	CCFC55- CAJACOPI EPS S.A.S	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500
STOTALES:													$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 31.700	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 31.700
STOTALES:									$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 31.700

Planilla Pagada
ach SOI
Planilla Pagada

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE								NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES						
																											PENSIÓN								SALUD							ARP												
IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF	SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
CC 32853608	PENALVER GOMEZ CARMEN ALICIA	INDEPENDIENTE, CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	NO OBLIG COT PENSIONES	$ 1.300.000				NO																			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	CCFC55-CAJACOPI EPS S.A.S	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000	32853608	$ 31.700	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 194.200

2024/11/02 2:36 PM USUARIO: SOI YRODRIGUEZ

Scanned with CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

ENTIFICACIÓN.	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	32853609
E Ó RAZÓN SOCIAL:			CARMEN ALICIA PENALVER GOMEZ
MUNICIPIO.	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
ON:	SANTA MARTA	TELÉFONO:	8999999
ORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	INDEPENDIENTE
PRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadoras, equipo per
E PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
NTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		4573652146	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	octubre AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	octubre AÑO 2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/11/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9980543839

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
DIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
	CCFC55- CAJACOPI EPS S.A.S	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500
ES:													$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
DIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 31.700	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 31.700
ES:									$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 31.700

Planilla Pagada
SOI
Planilla Pagada

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE								NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																											PENSIÓN								SALUD						ARP						CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
ERICA N	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTES	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
36	PENALVER GOMEZ CARMEN ALICIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	NO OBLIG COT PENS EDAD	$ 1.300.000				NO																				$ 0	$ 0	$ 0	$ 0				30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000	$ 32853609	$ 31.700	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 194.200

Scanned with CamScanner

Colpensiones

FORMATO SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS

COLPENSIONES - 2021_5461334
04/06/2021 12:42:32 PM
SANTA MARTA - MAGDALENA - SANTA MARTA
RECONOCIMIENTO
IMAGENES: 13
CONSULTE EL ESTADO DE SU TRAMITE EN WWW.COLPENSIONES.COM.CO

I. TIPO DE RIESGO

[ ] Vejez [ ] Invalidez [X] Muerte [ ] Indemnización sustitutiva [X] Auxilio funerario

II. DETALLE TIPO DE RIESGO

[ ] Pensión de vejez [ ] Pensión vejez compartida [ ] Pensión vejez madre o padre trabajador hijo invalido [ ] Pensión Especial de vejez anticipada por invalidez

[ ] Pensión vejez alto riesgo [ ] Pensión vejez periodista [ ] Pensión vejez convenios internacionales [ ] Pensión Invalidez

[ ] Pensión Invalidez convenios internacionales [ ] Pensión Sobrevivientes [ ] Sustitución pensional [ ] Sustitución Provisional ley 1204/08

[ ] Pensión Sobrevivientes convenios internacionales [ ] Indemnización vejez [ ] Indemnización Invalidez [ ] Indemnización Sobrevivencia

III. TIEMPOS

	SI	NO
...icos no cotizados ...pensiones	[X]	[ ]
...ados	[X]	[ ]
...men especial	[ ]	[X]

IV. TIPO DE SOLICITUD

[X] Reconocimiento
[ ] Reliquidación

V. INSTANCIA (si es primera solicitud no marque ninguna opción de este campo)

[ ] Recurso de reposición [ ] Recurso de queja
[ ] Recurso de apelación [ ] Nuevo Estudio
[ ] Revocatoria directa

Su solicitud se refiere a inconsistencias en su Historia Laboral, tiempos cotizados al RPM administrado por Colpensiones? SI [ ] NO [ ]

Si usted respondió SI, es necesario que aporte la información, referente a las fechas faltantes inconsistentes para la respectiva verificación, validación y corrección si fuere el caso. Por lo anterior diligencie y adjunte el Formato Corrección de Historia Laboral disponible en la página web www.colpensiones.gov.co y en los puntos de atención Colpensiones (PAC) a nivel Nacional.

VI. INFORMACIÓN PERSONAL DEL CAUSANTE Y/O TITULAR ORIGINAL DEL DERECHO

Tipo de documento: [X] CE [ ] F [ ] TI [ ] P
Número de documento: 36507206
Fecha de nacimiento: Año 1965 Mes 12 Día 13
Sexo: [ ] M [X] F
Primer apellido: COHEN
Segundo apellido: DE ARMAS
Primer nombre: FANNY
Segundo nombre: JUDITH
Dirección Correspondencia: Cra. 14 Nº 8-39
Ciudad / Municipio: Santa Marta
Barrio: OBRERO
Departamento: Magdalena
Teléfono: 3057842665
Celular: 3016140164
Fax:
Correo electrónico: domith.cudris.villareal@hotmail.com
Autoriza Notificación por medios electrónicos: SI [X] No [ ]

VII. INFORMACIÓN PERSONAL DEL SOLICITANTE / BENEFICIARIO

Esta información debe ser diligenciada UNICAMENTE para los trámites por el Riesgo de MUERTE

Tipo de documento: [ ] CE [ ] F [ ] P [ ] RC [ ] TI
Número de documento:
Fecha de nacimiento: Año Mes Día
Sexo: [ ] M [ ] F
Primer apellido:
Segundo apellido:
Parentesco: [ ] Conyuge [ ] Compañero [ ] Hijos menores [ ] Hijos estudiantes 18-25 años [ ] Hijo inválido [ ] Padres [ ] Hermano invalido [ ] Otro
Primer nombre:
Segundo nombre:
Dirección Correspondencia:
Ciudad / Municipio:
Barrio:
Departamento:
Teléfono:
Celular:
Fax:
Correo electrónico:
Autoriza notificación por medio electrónico: SI [ ] No [ ]

1. AUTORIZACIÓN PARA BÚSQUEDA, CONSULTA, USO Y MANEJO DE INFORMACIÓN. El afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa irrevocable a la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES, incluyendo a terceros con quienes ésta tiene suscritos convenios con tal propósito, para la recolección y tratamiento de datos de carácter personal y reservado relacionados con la prestación, gestión, administración, personalización, actualización y mejora de los trámites, bienes y servicios de COLPENSIONES, así como la consulta, búsqueda, recolección y uso en cualquier tiempo en las centrales de riesgo y en aquellas entidades privadas y públicas que tengan información del afiliado/ ciudadano para realizar los trámites que se refieran a las prestaciones, bienes y servicios de los diferentes componentes del sistema general de seguridad social administrados por COLPENSIONES.

2. AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN Y USO DE INFORMACIÓN. El afiliado / ciudadano acepta y autoriza de manera expresa para que la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES, directamente y/o a través de medios electrónicos, informáticos y telemáticos, realice la verificación y uso de la información suministrada por el afiliado / ciudadano en su documento de identidad y en los demás que aporte a COLPENSIONES para [illegible]

Scanned with CamScanner

Colpensiones

FORMATO SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS

HOJA 2 DE

BENEFICIARIO 2

Tipo de documento: CC ☐ CE ☐ F ☐ P ☐ RC ☐ TI ☐ | Número de documento | Fecha de nacimiento: Año Mes Día | Sexo: M ☐ F ☐

Primer apellido | Segundo apellido | Parentesco: 1 Cónyuge, 2 Compañero(a), 3 Hijos menores, 4 Hijos estudiantes 18-25 años, 5 Hijo inválido, 6 Padres, 7 Hermano inválido, 8 Otro

Primer nombre | Segundo nombre

Dirección Correspondencia

Ciudad / Municipio | Barrio | Departamento

Teléfono | Celular | Fax

Correo electrónico | Autoriza notificación por medio electrónico SI ☐ No ☐

BENEFICIARIO 3

Tipo de documento: CC ☐ CE ☐ F ☐ P ☐ RC ☐ TI ☐ | Número de documento | Fecha de nacimiento: Año Mes Día | Sexo: M ☐ F ☐

Primer apellido | Segundo apellido | Parentesco: 1 Cónyuge, 2 Compañero(a), 3 Hijos menores, 4 Hijos estudiantes 18-25 años, 5 Hijo inválido, 6 Padres, 7 Hermano inválido, 8 Otro

Primer nombre | Segundo nombre

Dirección Correspondencia

Ciudad / Municipio | Barrio | Departamento

Teléfono | Celular | Fax

Correo electrónico | Autoriza notificación por medio electrónico SI ☐ No ☐

VII. INFORMACIÓN PERSONAL DEL APODERADO

Tipo de documento: CC ☐ CE ☐ | Número de documento | Tarjeta Profesional / Provisional

Primer apellido | Segundo apellido

Primer nombre | Segundo nombre

Dirección Correspondencia

Ciudad / Municipio | Barrio | Departamento

Teléfono | Celular | Fax

Correo electrónico | Autoriza notificación por medio electrónico SI ☐ No ☐

IX. INFORMACIÓN SOLICITANTE TERCERO

Tipo de documento: X CE ☐ F ☐ P ☐ | Número de documento: 36543590 | ☐ Curador | X Tercero autorizado | ☐ Representante legal

Primer apellido: Cudris | Segundo apellido: Villarreal

Primer nombre: Damith | Segundo nombre:

Dirección Correspondencia: Calle 29 K3 No 21C-11 | Razón Social | NIT

Ciudad / Municipio: Santa Marta | Barrio: Los Laureles | Departamento: Magdalena

Teléfono | Celular: 3004444166 | Fax

Correo electrónico: Damith.Cudris.Villareal@hotmail.com | Autoriza notificación por medio electrónico SI X No ☐

FIRMA DEL SOLICITANTE

36547706 Santa Marta

"Ven por tu FUTURO"

Scanned with CamScanner

ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20245618 DEL 2024

NO. DEL CONTRATO	CD20245618 DEL 2024
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	FANNY JUDITH COHEN DE ARMAS
NO. DE IDENTIDAD	36547706
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	SEIS MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/L ($6200000)
FORMA DE PAGO	El HUJMB cancelará al CONTRATISTA 2 cuotas, por valor de TRES MILLONES CIEN MIL PESOS M/L. (3100000), 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 31 de DICIEMBRE de 2024
CDP	1579
REGISTRO PRESUPUESTAL	6704
SUPERVISOR DEL CONTRATO	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA

Entre los suscritos a saber AURA STELLA DAZA PEÑA, en su calidad de Prof. Especializado Unidad Funcional de Enfermeria y quien actúa como Supervisor del contrato No. **CD20245618** y por la otra, FANNY JUDITH COHEN DE ARMAS, 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 7 DIAS DEL MES DE NOVIEMBRE DEL 2024

SUPERVISOR,

AURA STELLA DAZA PEÑA
CC. N° 36.541.888

CONTRATISTA,

FANNY JUDITH COHEN DE ARMAS
CC. N° 36547706

COPIA CONTRATISTA

Scanned with CamScanner