



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
ROSA MARIA DANIES CERVANTES identificado con C.C. 51885549

Fecha de Diligenciamiento:

2024-10-28

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: | CD20242558 | RP: | 2960 | 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: | NINA VANESSA DIAZ ACOSTA | | | | |
| UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA | | | | |

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

| | | | | | |
|----------------|------|---------------|------|-----------------------------|--------------|
| CDP - ADICION: | 1020 | RP - ADICION: | 5580 | 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 Octubre

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

NINA VANESSA DIAZ ACOSTA

36727527

UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA

ROSA MARIA DANIES CERVANTES
51885549
CRA 25 NO 46B-42 SANTA CRUZ
3156342359
ROSADANIES2@HOTMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES


| | | | |
|----------------------------|-----------------------------|-----------|------------|
| Fecha de Diligenciamiento: | 2024-10-28 | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS: | ROSA MARIA DANIES CERVANTES | | |
| DOCUMENTO: | 51885549 | | |
| DIRECCIÓN: | CRA 25 NO 46B-42 SANTA CRUZ | TELÉFONO: | 3156342359 |
| CORREO ELECTRONICO: | ROSADANIES2@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: | CD20242558 | | | | | | |
| 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: | 2960 | 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: | 117100079021 | | |
| CDP - ADICION: | 1020 | RP - ADICION: | 5580 | VALOR ADICION: | 4.000.000,00 | | |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | Octubre | | | | | | |

FIRMA



ROSA MARIA DANIES CERVANTES
C.C. 51885549 expedida en SANTA MARTA



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

ROSA MARIA DANIES CERVANTES

CON C.C N° 51.885.549

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 ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. CD20242558 DE FECHA INICIO 1/4/2024

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)

Table with 2 columns: ITEM and description of activities. Items range from 1 to 58, covering various nursing and support tasks such as patient care, medication administration, and documentation.

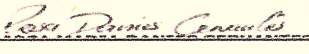
III. INFORMACION DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:

974276847

OPERADOR:

APORTES EN LINEA

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|--|---------------|---------------|
| SALUD: | SALUD TOTAL | 15/10/2024 | \$ 162.500,00 |
| PENSIÓN: | PROTECCION | 15/10/2024 | \$ 208.000,00 |
| RIESGOS LABORALES: | POSITIVA | 15/10/2024 | \$ 31.700,00 |
| IV. 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. | | | |
| 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 período correspondiente | | | |
| FIRMA DEL CONTRATISTA: |  | | |
| N°. IDENTIFICACIÓN: | C.C. 51.885.549 | | |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | | |
|-------------------------------|----|-----------------------------|-----------------|--------------------|--------------|-----------------------|----------|------------------------|--|
| Identificación | DV | Razon Social | Clase Aportante | Secursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENNA e ICBF | |
| CC 51889549 | | DANIES CERVANTES ROSA MARIA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | KR 25 46B-42 | SANTA MARTA-MAGDALENA | 5555555 | SI | |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|----------|------------|------|------------|------------|------------------|------|-----------|-----------|
| Periodo | Clave | Planilla | Tipo | Fecha | Pago | Banco | Pago | Dias Mora | Valor |
| 2024-09 | 98246722 | 9474276447 | 1 | 2024/10/10 | 2024/10/15 | BANCO DAVIVIENDA | | 5 | \$403,800 |

RESUMEN DE PAGO

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|------------------------------|--------|-------------|----|-----------|------------------|----------------|------------------------|------------------|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | \$208,000 | \$800 | \$0 | \$208,800 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 1 | \$208,000 | \$800 | \$0 | \$208,800 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | \$31,700 | \$200 | \$0 | \$31,900 |
| POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | \$31,700 | \$200 | \$0 | \$31,900 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | \$162,500 | \$600 | \$0 | \$163,100 |
| SALUD TOTAL | EP5002 | 800,130,907 | 4 | 1 | \$162,500 | \$600 | \$0 | \$163,100 |
| TOTAL | | | | 1 | \$402,200 | \$1,600 | \$0 | \$403,800 |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | Clase Aportante | | Secursal Principal | | Direccion | | Ciudad-Departamento | | Teléfono | | Exonerado SEMA e ICBF | |
|-------------------------------|----|-----------------|---------------|--------------------|-----------|--------------|-----------------------|---------------------|----|----------|--|-----------------------|--|
| Identificación | dv | Reason Social | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | PRINCIPAL | KR 25 468-42 | SANTA MARTA-MAGDALENA | 5555555 | SI | | | | |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | Clave | | Fecha | | Pago | | Valor | | | | | | | |
|-----------------------------------|-------|-------|----------|-------|----------|--------|------------|-------|------------|-------|------------|-----------|---|-------|-----------|
| Periodo | Salud | Pago | Planilla | Tipo | Planilla | Limite | 2024/10/10 | Pago | 2024/10/15 | Banco | DAVIVIENDA | Dias Hora | 5 | Valor | \$403,800 |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------------|---------|-------------|--------|-------------|-------------|--------|------|-------------|-----------|--------|-------|-----|--------|--------|------|-------------|-------------|----------|---------|-----|--------|--------|------|--------------|--------|-----|-----|--|
| EMPL EADO | | | | | PENSION | | | | | SALUD | | | | | CCF | | | | | RIESGOS | | | | | PARAFISCALES | | | | |
| No. | Identificación | Nombre | Código | Días | IBC | Aporte | Código | Días | IBC | Aporte | Código | Días | IBC | Aporte | Código | Días | IBC | Aporte | Código | Días | IBC | Aporte | Código | Días | IBC | Aporte | | | |
| Secursal: PRINCIPAL (1 Afiliados) | | | | | \$1,300,000 | \$208,000 | | | \$1,300,000 | \$162,500 | | | \$0 | \$0 | \$0 | | | \$1,300,000 | \$31,700 | | | \$0 | \$0 | | | \$0 | \$0 | | |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados) | | | | | \$1,300,000 | \$208,000 | | | \$1,300,000 | \$162,500 | | | \$0 | \$0 | \$0 | | | \$1,300,000 | \$31,700 | | | \$0 | \$0 | | | \$0 | \$0 | | |
| Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados) | | | | | \$1,300,000 | \$208,000 | | | \$1,300,000 | \$162,500 | | | \$0 | \$0 | \$0 | | | \$1,300,000 | \$31,700 | | | \$0 | \$0 | | | \$0 | \$0 | | |
| 1 | CC | 5188549 | DAVIER ROSA | 220201 | 30 | \$1,300,000 | EP5002 | 30 | \$1,300,000 | \$162,500 | 0 | 14:23 | 30 | \$0 | 14:23 | 30 | \$1,300,000 | \$31,700 | 0 | | \$0 | \$0 | | | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | |
| Total Afiliados(1) | | | | | \$1,300,000 | \$208,000 | | | \$1,300,000 | \$162,500 | | | \$0 | \$0 | \$0 | | | \$1,300,000 | \$31,700 | | | \$0 | \$0 | | | \$0 | \$0 | | |