

	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
GINA PAOLA OÑATE ARAUJO identificado con C.C. 49723130

Fecha de Diligenciamiento:	2024-08-28
----------------------------	------------

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:	CD20242646	RP:	3027	CDP:	510
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	15.500.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	3.100.000,00		
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2024-04-01	FECHA DE FINALIZACION:	2024-08-31		
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 Agosto

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES


AURA STELLA DAZA PEÑA
36541888
UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA

GINA PAOLA OÑATE ARAUJO
49723130
CL 47 A 31 48 TO 7 AP 706 CON VENECIA
3015920571
ENFERMERAPOOH84@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	2024-08-28		
NOMBRES Y APELLIDOS:	GINA PAOLA OÑATE ARAUJO		
DOCUMENTO:	49723130		
DIRECCIÓN:	CL 47 A 31 48 TO 7 AP 706 CON VENEC	TELÉFONO:	3015920571
CORREO ELECTRONICO:	ENFERMERAPOOH84@GMAIL.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:	CD20242646						
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:	3027	CDP:	510	FECHA INICIO:	2024-04-01	FECHA FINAL:	2024-08-31
VALOR CONTRATO:	15.500.000,00			VALOR A PAGAR:	3.100.000,00		
BANCO A CONSIGNAR:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	550117100080136		
CDP - ADICION:	0	RP - ADICION:	0	VALOR CONTRATO CON ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:				Agosto			

FIRMA

Gina Paola Oñate Araujo
GINA PAOLA OÑATE ARAUJO
C.C. 49723130 expedida en VALLEDUPAR

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																													
Identificación		dv	Razon Social		Clase Aportante		Sucursal Principal		Direccion		Ciudad-Departamento		Teléfono		Exonerado SENA e ICBF														
CC 49723130			ONATE ARAUJO GINA PAOLA		INDEPENDIENTE		PRINCIPAL		manizap casa 7		SANTA MARTA-MAGDALENA		4325766		No														
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																													
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago		Banco		Dias Mora		Valor															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	2024/08/09		2024/08/12		BANCO DE OCCIDENTE		3		\$403,200														
2024-07			62657623	9470301140																									
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																													
EMPLEADO			NOVEDADES						PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS											
No.	Identificación	Nombre	ingreso de la liquidación	ingreso de la liquidación	ingreso de la liquidación	ingreso de la liquidación	ingreso de la liquidación	ingreso de la liquidación	ingreso de la liquidación	ingreso de la liquidación	IBC	Aporte	Codigo Dias	IBC	Aporte	Codigo Dias	IBC	Tarifa											
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																													
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																													
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)																													
1	CC 49723130	ONATE GINA									\$1,300,000	\$208,000		\$1,300,000	\$162,500		\$1,300,000	\$1,300,000											
Total Afiliados(1)															25-14			0			50			14+23 30			2.436%		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 49723130		ONATE ARAUJO GINA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	manizap casa7	SANTA MARTA-MAGDALENA	4325766	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo		Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-07		62657623	9470301140	1	2024/08/09	2024/08/12	BANCO DE OCCIDENTE	3	\$403,200
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO									
CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES		VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)			1	\$208,000	\$500	\$0			\$208,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$208,000	\$500	\$0		\$208,500
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	\$400	\$0			\$162,900
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$162,500	\$400	\$0		\$162,900
TOTAL			1	\$402,200	\$1,000	\$0			\$403,200