

	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:	2024-09-25
----------------------------	------------

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:	CD20242646	RP:	3027	CDP:	510
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	21.700.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	3.100.000,00		
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2024-04-01	FECHA DE FINALIZACION:	2024-10-31		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	AURA STELLA DAZA PEÑA				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

CDP - ADICION:	1168	RP - ADICION:	5478	VALOR CONTRATO CON ADICION:	6.200.000,00
----------------	------	---------------	------	-----------------------------	--------------

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

IV. CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS

- El contrato se encuentra debidamente legalizado: SI
- 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
- Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en su respectiva carpeta contractual: SI
- 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

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

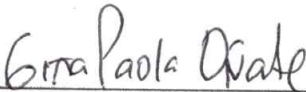
Fecha de Diligenciamiento:	2024-09-25		
NOMBRES Y APELLIDOS:	GINA PAOLA OÑATE ARAUJO		
DOCUMENTO:	49723130		
DIRECCIÓN:	CL 47 A 31 48 TO 7 AP 706 CON VENEC	TELÉFONO:	3015920571
CORREO ELECTRONICO:	ENFERMERAPOOH84@GMAIL.COM		

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:	2024-10-31
VALOR CONTRATO:	21.700.000,00	VALOR A PAGAR:	3.100.000,00
BANCO A CONSIGNAR:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros
No. CUENTA:	5501171000	80136	
CDP - ADICION:	1168	RP - ADICION:	5478
VALOR CONTRATO CON ADICION:	6.200.000,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	Septiembre		

FIRMA


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 casa7	SANTA MARTA-MAGDALENA	4325766	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2024-08	2024-08	27307762	9471717853	I	2024/09/09	2024/09/09	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$402,200

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)																							
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)																							
1	CC 497231 30	ONATE GINA	25-14	30	\$1,300,000	\$208,000	EP002	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		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE						
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Exonerado SENA e ICBF
CC 49723130		ONATE ARAUJO GINA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	manzapo casa 7	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION							
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Valor
2024-08	2024-08	27307762	9471717853	1	1024/09/09	2024/09/09	\$402,200
						BANCO DE OCCIDENTE	0

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)								
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$208,000	\$0	\$0	\$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)								
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$31,700	\$0	\$0	\$31,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$31,700	\$0	\$0	\$31,700
SALUD TOTAL								
	EPS002	800,130,907	4	1	\$162,500	\$0	\$0	\$162,500
TOTAL								
				1	\$402,200	\$0	\$0	\$402,200