	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 DANIELA ISABEL ARANGO CAMPO Identificado con C.C. 1083027564

Fecha de Diligenciamiento: 2025-03-27

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:	CD20251147	RP:	1359	CDP:	2
--------------	------------	-----	------	------	---

VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	9.300.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	3.100.000,00
---------------------------	--------------	------------------------------	--------------

FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2025-01-31	FECHA DE FINALIZACION:	2025-03-31
---------------------------	------------	------------------------	------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	NINA VANESSA DIAZ ACOSTA
------------------------	--------------------------

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
----------------	-----	---------------	-----	-----------------------------	------

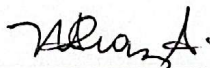
III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

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 Marzo

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES



 NINA VANESSA DIAZ ACOSTA
 36727527
 UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA

*
CBOA

*

DANIELA ISABEL ARANGO CAMPO
1083027564
MANZANA 28 CASA 19 EL PARQUE
3052830053
DANIARANGOCAMPO@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	2025-03-27		
NOMBRES Y APELLIDOS:	DANIELA ISABEL ARANGO CAMPO		
DOCUMENTO:	1083027564		
DIRECCIÓN:	MANZANA 28 CASA 19 EL PARQUE	TELÉFONO:	3052830053
CORREO ELECTRONICO:	DANIARANGOCAMPO@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:	CD20251147						
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:	1359	CDP:	2	FECHA INICIO:	2025-01-31	FECHA FINAL:	2025-03-31
VALOR CONTRATO:	9.300.000,00		VALOR A PAGAR:	3.100.000,00			
BANCO A CONSIGNAR:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	055048845096925		
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	Marzo						

FIRMA

Daniela A.

DANIELA ISABEL ARANGO CAMPO
C.C. 1083027564 expedida en SANTA MARTA

	ACTA FINAL	CODIGO: GJC26F VERSION: 002 FECHA ULTIMA DE REVISION: 12/12/2024 PAGINA 1 de 1
---	-------------------	---

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20251147 DEL 2025

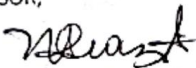
NO. DEL CONTRATO	CD20251147 DEL 2025
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	DANIELA ISABEL ARANGO CAMPO
NO. DE IDENTIDAD	C.C 1083027564
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	NUEVE MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS M/L (9.300.000)
FORMA DE PAGO	El HJMB cancelará al CONTRATISTA 3 cuota(s), por valor de TRES MILLONES CIENTO MIL PESOS M/L. (3.100.000), de conformidad con el informe de la ejecución de las actividades contractuales realizadas, previa certificación de cumplimiento expedida por parte del Supervisor del contrato.
PLAZO DE EJECUCIÓN	Prevía legalización del contrato sin exceder el 31 de marzo del 2025
CDP	2
REGISTRO PRESUPUESTAL	1359
FECHA DE ACTA DE INICIO	31 DE ENERO DE 2025
FECHA DE TERMINACION CONTRATO	31 DE MARZO DE 2025
ADICION	
CDP DE LA ADICION	N/A
REGISTRO PRESUPUESTAL DE LA ADICION	N/A
PLAZO ADICION	N/A
FORMA DE PAGO ADICION	N/A
FECHA DE TERMINACION DE CONTRATO CON ADICION.	N/A
VALOR ADICION	N/A
VALOR FINAL DEL CONTRATO	N/A
SUPERVISOR DEL CONTRATO	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA

Entre los suscritos, **NINA VANESSA DIAZ ACOSTA**, mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **CC.36.727.527**, expedida en Santa Marta, obrando en calidad de Subgerente científica, quien actúa como supervisor del contrato **CD20251147** por otra parte **DANIELA ISABEL ARANGO CAMPO** identificado con la cedula de ciudadanía No. **1.083.027.564** en su condición de contratista se reunieron para firmar acta de finalización de contrato.

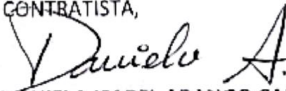
Por último el hospital se declara que no existe emolumento alguno entre las partes y con todo concepto respecto de las obligaciones mutuas pactadas en el contrato prestación de servicios en referencia.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta en el mes de **MARZO** del año **2025**

SUPERVISOR,


NINA VANESSA DIAZ ACOSTA
CC.36.727.527

CONTRATISTA,


DANIELA ISABEL ARANGO CAMPO
CC. 1.083.027.564


 Valasco P.