	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
 IRINA PAOLA MOZO GALVIS identificado con C.C. 1082856381**

Fecha de Diligenciamiento: 2025-05-29

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:	CD20251433	RP:	2632
		GDP:	542
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	12.400.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	2.906.250,00
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2025-04-16	FECHA DE FINALIZACION:	2025-07-31
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 Mayo

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES



 NINA VANESSA DIAZ ACOSTA
 36727527
 UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA

Claudia

*

IRINA PAOLA MOZO GALVIS
1082856381
CRA 10#10-35 GAIRA
4300323
irpamoga@hotmail.com

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

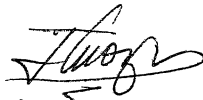
Fecha de Diligenciamiento:	2025-05-29		
NOMBRES Y APELLIDOS:	IRINA PAOLA MOZO GALVIS		
DOCUMENTO:	1082856381		
DIRECCIÓN:	CRA 10#10-35 GAIRA	TELÉFONO:	4300323
CORREO ELECTRONICO:	irpamoga@hotmail.com		

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

Nº CONTRATO:	CD20251433						
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:	2632	CDP:	542	FECHA INICIO:	2025-04-16	FECHA FINAL:	2025-07-31
VALOR CONTRATO:	12.400.000,00		VALOR A PAGAR:	2.906.250,00			
BANCO A CONSIGNAR:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	24046410382		
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	Mayo						

FIRMA



IRINA PAOLA MOZO GALVIS
C.C. 1082856381 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

IRINA PAOLA MOZO GALVIS

CON C.C Nº 1.082.856.381

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No: CD20251433 DE FECHA INICIO 16/04/2025

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 1-29 list various nursing tasks such as planning, patient rounds, medication management, and documentation.

III. INFORMACION DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

Table with 4 columns: No. DE PLANILLA, ENTIDAD, OPERADOR, APORTES EN LINEA. Rows include SALUD, PENSION, and RIESGOS LABORALES.

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:

Nº. IDENTIFICACION:

Handwritten signature and ID number 1062856381

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE										
Identificación	DV	Razon Social	Clase Aportante		Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1082856381		MOZO GALVIS IRINA PAOLA	INDEPENDIENTE		PRINCIPAL	conjpatmeiracasa6	SANTA MARTA-MAGDALENA	4222862	SI	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION										
Periodo	Clave	Planilla	Planilla	Planilla	Fecha	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2025-04	1452216012	9485412957			2025/05/20	2025/05/02	BANCO CAJA SOCIAL	0	\$40,500	
RESUMEN DE PAGO										
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES			VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)					\$227,800	\$0	\$0	\$0	\$227,800	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$227,800	\$0	\$0	\$0	\$227,800	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)					\$34,700	\$0	\$0	\$0	\$34,700	
POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$34,700	\$0	\$0	\$0	\$34,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)					\$178,000	\$0	\$0	\$0	\$178,000	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$178,000	\$0	\$0	\$0	\$178,000	
TOTAL				1	\$440,500	\$0	\$0	\$0	\$440,500	