



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: 2025-07-30

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	CDP:	542
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	12.400.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	3.100.000,00		
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2025-04-16	FECHA DE FINALIZACION:	2025-07-31		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MILCIADES OSORIO SANCHEZ				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADO CRÍTICO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR CONTRATO CON ADICION:	0,00
----------------	-----	---------------	-----	-----------------------------	------

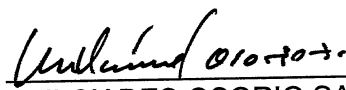
III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

IV. CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS

- 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 Julio

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES


MILCIADES OSORIO SANCHEZ
8742789

UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADO CRÍTICO

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

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

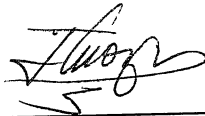
Fecha de Diligenciamiento:	2025-07-30		
NOMBRES Y APELLIDOS:	IRINA PAOLA MOZO GALVIS		
DOCUMENTO:	1082856381		
DIRECCION:	CRA 10#10-35 GAIRA	TELÉFONO:	4300323
CORREO ELECTRONICO:	irpamoga@hotmail.com		

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

N° 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	GDP:	542	FECHA INICIO:	2025-04-16	FECHA FINAL:	2025-07-31
VALOR CONTRATO:	12.400.000,00		VALOR A PAGAR:	3.100.000,00			
BANCO A CONSIGNAR:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	24046410382		
GDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	Julio						

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 N° 1.082.856.381

I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

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

CONTRATO DE PRESTACIÓN 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 patient care, medication management, and documentation.

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

Table with 4 columns: No. DE PLANILLA, ENTIDAD, OPERADOR, FECHA DE PAGO, APORTES EN LINEA, VALOR PAGADO. Rows for SALUD, PENSIÓN, and RIESGOS LABORALES.

IV. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo 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 periodo correspondiente

FIRMA DEL CONTRATISTA:

N° IDENTIFICACIÓN:

Handwritten signature and ID number 1082856381

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad/Departamento	Teléfono	Exonerado SFMA e ICBF
CC 1082856381		MOZO GALVIS IRINA PAOLA	PRINCIPAL	conj.palmeirasca6	SANTA MARTA-MAGDALENA	4222862	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-06	9488637530	1	2025/07/17	2025/07/09	BANCO CAJA SOCIAL	0	\$440,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES		
					IBC	Aporte	Limite	IBC	Aporte	Dias	Codigo	Dias	Aporte	IBC	Dias	Aporte	IBC	Dias	Aporte
SUCURSAL PRINCIPAL (1 Afiliados)																			
		Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)			\$1,423,500	\$227,800	\$1,423,500	\$1,423,500	\$178,000		\$0	\$0	\$1,423,500	\$34,700	\$0	\$0	\$0	\$0	
		Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)			\$1,423,500	\$227,800	\$1,423,500	\$1,423,500	\$178,000	0	\$0	\$0	\$1,423,500	\$34,700	\$0	\$0	\$0	\$0	
		CC 1082856381 MOZO IRINA	25-14	30	\$1,423,500	\$227,800	\$1,423,500	\$1,423,500	\$178,000		\$0	\$0	\$1,423,500	\$34,700	\$0	\$0	\$0	\$0	
Total Afiliados(1)					\$1,423,500	\$227,800	\$1,423,500	\$1,423,500	\$178,000		\$0	\$0	\$1,423,500	\$34,700	\$0	\$0	\$0	\$0	

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		Razon Social		Clase Aportante		Sucursal Principal		Direccion		Ciudad-Departamento		Teléfono		Exonerado SENA e ICBF	
Identificación	dv	MICOZO GALVIS IRINA PAOLA		INDEPENDIENTE		PRINCIPAL		conjpatimerascasa6		SANTA MARTA-MAGDALENA		4222862		SI	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION															
Periodo	Salud	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Dias Mora	Valor						
2025-06	1615546383	9488637530	1	Planilla	2025/07/17	2025/07/09	BANCO CAJA SOCIAL	0	\$440,500						

RESUMEN DE PAGO		VALOR LIQUIDADO		INTERESES MORA		SALDOSE INCAPACIDADES		VALOR A PAGAR	
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOSE INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)	25-14	900,336,004	7	1	\$227,800	\$0	\$227,800	\$227,800	
COLPENSIONES				1	\$34,700	\$0	\$34,700	\$34,700	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)	14-23	860,011,153	6	1	\$178,000	\$0	\$178,000	\$178,000	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)	EPS005	800,251,440	6	1	\$440,500	\$0	\$440,500	\$440,500	
SANITAS									
TOTAL									



ACTA FINAL

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

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20251433 DEL 2025


NO. DEL CONTRATO	CD20251433 DEL 2025
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	IRINA PAOLA MOZO GALVIS
NO. DE IDENTIDAD	1082856381
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE..
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	DOCE MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/L. (\$12400000)
FORMA DE PAGO	EI HJMB cancelará al CONTRATISTA 4 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	Previa legalización del contrato sin exceder 31 de JULIO de 2025.
CDP	542
REGISTRO PRESUPUESTAL	2632
FECHA DE ACTA DE INICIO	16 DE ABRIL DE 2025
FECHA DE TERMINACION CONTRATO	31 DE JULIO 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	PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL HOSPITALIZACION Y CUIDADO CRITICO

Entre los suscritos, **MILCIADES OSORIO SANCHEZ**, mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número CC.8.742.789, expedida en Santa Marta, obrando en calidad de **PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL HOSPITALIZACION Y CUIDADO CRITICO**, quien actúa como supervisor del contrato **CD20251433** por otra parte **IRINA PAOLA MOZO GALVIS**, identificado con la cedula de ciudadanía No. 1082856381 en su condición de contratista se reunieron para firmar acta de finalización de contrato

Por ultimo 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 **JULIO** del año **2025**.

SUPERVISOR,


MILCIADES OSORIO SANCHEZ
CC. 8.742.789


Proyecto: Maria Camila De Alba
Profesional Administrativo Enfermeria

CONTRATISTA


IRINA PAOLA MOZO GALVIS
1082856381