

	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
LIGIA ELIZABETH MUÑOZ RODRIGUEZ identificado con C.C. 52602686**

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:	CD20242682	RP:	3055	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:	1193	RP - ADICION:	5328	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

LIGIA ELIZABETH MUÑOZ RODRIGUEZ
52602686
MANZANA 3 CASA 13 FILADELFIA
6054308604
CHAVE@MISENA.EDU.CO

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	2024-09-25		
NOMBRES Y APELLIDOS:	LIGIA ELIZABETH MUÑOZ RODRIGUEZ		
DOCUMENTO:	52602686		
DIRECCIÓN:	MANZANA 3 CASA 13 FILADELFIA	TELÉFONO:	6054308604
CORREO ELECTRONICO:	CHAVE@MISENA.EDU.CO		

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:	CD20242682						
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:	3055	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:	BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	564847309		
CDP - ADICION:	1193	RP - ADICION:	5328	VALOR CONTRATO CON ADICION:	6.200.000,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	Septiembre						

FIRMA


LIGIA ELIZABETH MUÑOZ RODRIGUEZ
C.C. 52602686 expedida en PACHO(CUNDINAMARCA)

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad/Departamento	Teléfono	Exonerado SEMA o ICBP
CC 97462346		MURDOZ RODRIGUEZ LEGA ELIZABETH	HIERROFONORTE	PRINCIPAL	MEXKAM 13	SANTA MARTA PASOALBA	11111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Salud	Pago	Clave	Planilla	Tipo	Planilla	Fecha	Pago	Valor
2024-08	2024-08	97462346	9473300088		1		2024/09/19	2024/09/19	USD 0

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombre	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	
Aportante PRINCIPAL (1 Afiliado)					\$1,300,000	\$701,200			\$1,300,000	\$701,200				\$0	\$0		\$1,300,000	\$11,700			\$0	\$0	
Centro de Trabajo PRINCIPAL (1 Afiliado)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500				\$0	\$0		\$1,300,000	\$11,700			\$0	\$0	
Centro SANTA MARTA Dpto. MAGDALENA (1 Afiliado)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500				\$0	\$0		\$1,300,000	\$11,700			\$0	\$0	
1	CC	97462346	MURDOZ LEGA	30		\$208,000	09909	30		\$162,500	0		30		\$0	1+1	30	\$1,300,000	\$11,700	0		\$0	\$0
Total Afiliado(s) (1)					\$1,300,000	\$708,000			\$1,300,000	\$162,500				\$0	\$0		\$1,300,000	\$23,700			\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	DV	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 5760266		MUNOZ RODRIGUEZ LICIA LUZARETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	m2Casa 13	SANTA MARTA-MAGDALENA	1111111	no

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago		Valor
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora		
2024-08	924845676		9472390088	I	2024/09/19	2024/09/19	NEQUI	0		\$402,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORES: 1)				1	\$208,000	\$0	\$0	\$208,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$208,000	\$0	\$0	\$208,000
ARL (ADMINISTRADORES: 1)				1	\$31,700	\$0	\$0	\$31,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$31,700	\$0	\$0	\$31,700
EPS (ADMINISTRADORES: 1)				1	\$162,500	\$0	\$0	\$162,500
SANTAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$162,500	\$0	\$0	\$162,500
TOTAL				1	\$402,200	\$0	\$0	\$402,200