

ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20244569 DEL 2024

NO. DEL CONTRATO	CD20244569
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	MARTA CECILIA QUINTERO PEÑATA
NO. DE IDENTIDAD	57.417.402
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE ORIENTACIÓN, AUTORIZACION DE CÓDIGOS DE EPS, ASIGNACIÓN DE CITAS, PROCEDIMIENTOS O ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS A LOS USUARIOS EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$4.200.000.00
FORMA DE PAGO	El HUJMB cancelará al CONTRATISTA 2 pagos por valor de DOS MILLONES CIENTO MIL PESOS M/L. (\$2.100.000) C/U, de conformidad con el informe de ejecución de las actividades contractuales realizadas, previa certificación del cumplimiento expedida por parte del Supervisor del contrato.
PLAZO DE EJECUCIÓN	PREVIA LEGALIZACIÓN DEL CONTRATO SIN EXCEDER 30 DE SEPTIEMBRE 2024.
CDP	No. 779
REGISTRO PRESUPUESTAL	No. 5183
SUPERVISOR DEL CONTRATO	PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL CONSULTA EXTERNA, APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO

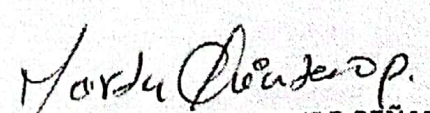
Entre los suscritos a saber **EVELYN ROSA GONZALEZ ORTEGA**, en su calidad de **PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL CONSULTA EXTERNA, APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO** y quien actúa como Supervisor del contrato No. **CD20244569** y por la otra, **MARTA CECILIA QUINTERO PEÑATA**, identificada con la cedula de ciudadanía 57.417.402 de Ciénaga - Marta, en calidad de contratista quienes se reúnen para dar inicio al contrato en mención, cuyo objeto es el mencionado en la parte superior del presente documento.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta el día 15 de **AGOSTO** del año **2024**.

SUPERVISORA:

CONTRATISTA:


EVELYN ROSA GONZALEZ ORTEGA
C.C. No. 36.722.648


MARTA CECILIA QUINTERO PEÑATA
C.C. No. 57.417.402

	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 MARTA CECILIA QUINTERO PEÑATA CON C.C Nº 57417402

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE ORIENTACIÓN, AUTORIZACIÓN DE CÓDIGOS DE EPS, ASIGNACIÓN DE CITAS, PROCEDIMIENTOS O ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS A LOS USUARIOS EN EL AREA DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.
-----------------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20244569	DE FECHA INICIO	15/8/2024
--	------------	------------------------	-----------

ITEM	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)
-------------	--

1	Se realizó verificación de cita asignada en listado de asistencia.
2	Se brindó orientación a usuarios que llegaron a su cita, asignando ficho para ser facturado en los casos necesarios.
3	Se realizaron codigos de autorizacion de coosalud para procedimientos quirurgicos y cirugías programadas
4	se realizó asignación de citas prequirurgicas para pacientes de procedimientos quirurgicos
5	Se asignaron citas de endoscopia y colonoscopia a los usuarios que requerian.
6	Se realizó verificación de estados de autorizaciones de coosalud para programación de Cirugia.
7	Se apoyó el armado de carpeta con sus respicitvas autorizaciones para programación de cirugía.

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

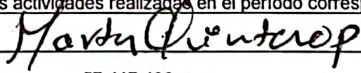
No. DE PLANILLA:	4566634086	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COOSALUD	28/8/2024	165.700
PENSIÓN:	COLPENSIONES	28/8/2024	212.100
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	28/8/2024	32.400

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 periodo correspondiente

FIRMA DEL CONTRATISTA:	
Nº. IDENTIFICACIÓN:	57.417.402

	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 MARTA CECILIA QUINTERO PEÑATA identificado con C.C. 57417402

Fecha de Diligenciamiento:	2024-08-28
----------------------------	------------

I. DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE ORIENTACIÓN, AUTORIZACION DE CÓDIGOS DE EPS, ASIGNACIÓN DE CITAS, PROCEDIMIENTOS O ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS A LOS USUARIOS EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.				
N° CONTRATO:	CD20244569	RP:	5183	CDP:	779
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	4.200.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	2.100.000,00		
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2024-08-15	FECHA DE FINALIZACION:	2024-09-30		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	EVELYN ROSA GONZALEZ ORTEGA				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE CONSULTA EXTERNA APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

CDP - ADICION:	0	RP - ADICION:	0	VALOR CONTRATO CON ADICION:	0,00
----------------	---	---------------	---	-----------------------------	------

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SATISFACTORIAMENTE

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 Agosto

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES



EVELYN ROSA GONZALEZ ORTEGA
36722648

UNIDAD FUNCIONAL DE CONSULTA EXTERNA APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO

MARTA CECILIA QUINTERO PEÑATA
57417402
MZ 22 CASA 4 LA BOLIVARIANA
3116738790
MARJOF95@HOTMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	2024-08-28		
NOMBRES Y APELLIDOS:	MARTA CECILIA QUINTERO PEÑATA		
DOCUMENTO:	57417402		
DIRECCIÓN:	MZ 22 CASA 4 LA BOLIVARIANA	TELÉFONO:	3116738790
CORREO ELECTRONICO:	MARJOF95@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:	CD20244569
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE ORIENTACIÓN, AUTORIZACION DE CÓDIGOS DE EPS, ASIGNACIÓN DE CITAS, PROCEDIMIENTOS O ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS A LOS USUARIOS EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.

RP:	5183	CDP:	779	FECHA INICIO:	2024-08-15	FECHA FINAL:	2024-09-30
-----	------	------	-----	---------------	------------	--------------	------------

VALOR CONTRATO:	4.200.000,00	VALOR A PAGAR:	2.100.000,00
-----------------	--------------	----------------	--------------

BANCO A CONSIGNAR:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	117100114257
--------------------	------------	-----------------	---------	-------------	--------------

CDP - ADICION:	0	RP - ADICION:	0	VALOR CONTRATO CON ADICION:	0,00
----------------	---	---------------	---	-----------------------------	------

PERIODO OBJETO DE COBRO:	Agosto
--------------------------	--------

FIRMA

MARTA CECILIA QUINTERO PEÑATA
C.C. 57417402 expedida en CIENAGA MAGDALENA



**PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL**

TOTAL	\$ 410.200
-------	------------