

**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**MARIA MARTA GONZALEZ SANCHEZ****CON C.C N° 49731765****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, 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.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. CD20244570 **DE FECHA INICIO** 5/082024

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 apoyó el armado de carpeta con sus respectivas autorizaciones para programación de cirugía.
2	Se realizó verificación de estados de autorizaciones de coosalud para programación de Cirugía.
3	Se asignaron citas de endoscopia y colonoscopia a los usuarios que requerían.
4	se realizó asignación de citas prequirúrgicas para pacientes de procedimientos quirúrgicos
5	Se realizaron códigos de autorización de coosalud para procedimientos quirúrgicos y cirugías programadas
6	Se brindó orientación a usuarios que llegaron a su cita, asignando ficho para ser facturado en los casos necesarios.
7	Se realizó verificación de cita asignada en listado de asistencia.

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9472069303	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COOSALUD	2/9/2024	162.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2/9/2024	208.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2/9/2024	31.700

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:**

49.731.765

 E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE DEPARTAMENTO DEL HOSPITAL	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 MARIA MARTHA GONZALEZ SANCHEZ identificado con C.C. 49731765

Fecha de Diligenciamiento:	2024-09-25
----------------------------	------------

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:	CD20244570	RP:	5111	CDP:	779
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	4.200.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	2.100.000,00		
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2024-08-05	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 Septiembre

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES


EVELYN ROSA GONZALEZ ORTEGA
36722648

UNIDAD FUNCIONAL DE CONSULTA EXTERNA APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO

MARIA MARTHA GONZALEZ SANCHEZ

49731765

MZA 5 CASA9

3043503190

#N/A

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	2024-09-25		
NOMBRES Y APELLIDOS:	MARIA MARTHA GONZALEZ SANCHEZ		
DOCUMENTO:	49731765		
DIRECCIÓN:	MZA 5 CASA9	TELÉFONO:	3043503190
CORREO ELECTRONICO:	#N/A		

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:	CD20244570						
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:	5111	CDP:	779	FECHA INICIO:	2024-08-05	FECHA FINAL:	2024-09-30
VALOR CONTRATO:	4.200.000,00		VALOR A PAGAR:	2.100.000,00			
BANCO A CONSIGNAR:	BBVA		TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	0518417266	
CDP - ADICION:	0	RP - ADICION:	0	VALOR CONTRATO CON ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	Septiembre						

FIRMA


MARIA MARTHA GONZALEZ SANCHEZ
C.C. 49731765 expedida en VALLEDUPAR

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 49731765		GONZALEZ SANCHEZ MARIA MARTA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	PORTALES DEL ARCO IRIS maniz 5 casa 9	SANTA MARTA-MAGDALENA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Banco		Pago		Valor
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla		Limite	Pago			Dias Mora		
2024-08	2024-08	4645313	9472069303	I		2024/09/16	2024/09/02	BANCO DE OCCIDENTE		0		\$402,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)								
	COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$208,000	\$0	\$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)								
	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$31,700	\$0	\$31,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)								
	COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	1	\$162,500	\$0	\$162,500
TOTAL					1	\$402,200	\$0	\$402,200

	<p>ACTA FINAL</p>	<p>CÓDIGO: GJC25F VERSIÓN: 01 FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024 Página 1 de 1</p>
---	-------------------	---

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20244570 DEL 2024

NO. DEL CONTRATO	CD20244570
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	MARIA MARTA GONZALEZ SANCHEZ.
NO. DE IDENTIDAD	49.731.765
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	MENSUAL
PLAZO DE EJECUCIÓN	PREVIA LEGALIZACION DEL CONTRATO SIN EXCEDER 30 DE SEPTIEMBRE 2024.
CDP	No. 779
REGISTRO PRESUPUESTAL	No. 5111
FECHA DEL ACTA DE INICIO	5/08/2024
FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO	30/09/2024
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. **CD20244570** y por la otra, **MARIA MARTA GONZALEZ SANCHEZ** identificado con la cedula de ciudadanía N° 49.731.765 de Valledupar – Cesar, en su condición de contratista quienes se reunieron para firmar acta de finalización de contrato cuyo objeto es el mencionado en la parte superior del presente documento.

Por último, el hospital 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.

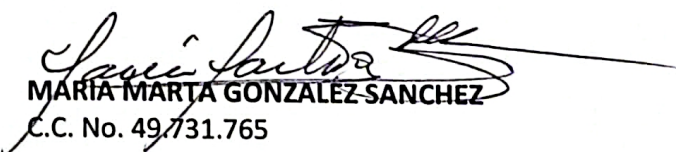
Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta a los **30** días del mes **09** del año **2024**.

SUPERVISORA:

CONTRATISTA:



EVELYN ROSA GONZALEZ ORTEGA
C.C. No. 36.722.648



MARIA MARTA GONZALEZ SANCHEZ
C.C. No. 49.731.765