E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	Código FINC3F	Versión 2
	FORMATO CUENTA DE COBRO Y CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO A CONTRATISTAS DE OPS	Fecha de vigencia 30/05/2020	

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/10/2022

Nombres y apellidos :	MIGUEL ANTONIO MOSCARELLA VALLE			CC	1082872404
Correo electrónico :	migmos651@hotmail.com			Teléfono de contacto: 3107632753	
Dirección domicilio:	CARRERA 17 # 26A-45			Ciudad:	Santa Marta
Régimen del IVA:	Simplificado [x] Común [ ]	¿Declarante de renta?		no	¿Está obligado a facturar? No
¿Personas a cargo?	si	¿Aporte Voluntario a Fondo de Pensiones?		no	
¿Ahorro Voluntario a cuentas AFC?	NO	¿Pago de Intereses crédito de Vivienda?			
Banco al cual consignar:	DAVIVIENDA	Tipo de cta.:	AHORRO	Nº Cuenta:	0550117100078536

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	CD20222475	Nº RP:	3555	N° CDP:	774	Plazo - Duración:05 meses	
¿Adición o prorroga?	no	Tiempo prorrogado		N/A		Valor Adicionado: N/A	
Fecha de Inicio Contrato	2/08/2022	Fecha de Terminación Contrato		31/12/2022		Valor del Contrato: 30.000.000	
N° CDP (Adición):	no	Objeto del Contrato	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO ASESOR EN LA OFICINA ASESORA JURIDICA Y CONTROL DISCIPLINARIO PARA EL SEGUIMIENTO Y DEFENSA DE LOS PROCESOS JUDICIALES Y PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS				
Nº RP: (Adición)	no						
¿Suspendido?	no	Fecha de reinicio		no	Nueva Fecha de terminación		
Valor Total del Contrato (adició	no	Periodo objeto de Cobro		Del	1/10/2022	31/10/2022	
Valor a pagar correspondiente al periodo objeto de cobro?				**$ 6.000.000**			

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

Mes pagado de seguridad social			SEPTIEMBRE	IBC $2400000
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 300.000	Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 384.000
Nivel / aporte de riesgo ARL	3	$ 58.500	Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional: NO	
			Total Pago Seguridad Social	$ 742.500

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ver Informe Anexo

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL

1. Cumplí las actividades del objeto contractual descritas en el informe anexo; **2.** Toda la información aquí suministrada es verídica; **3.** He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.



MIGUEL MOSCARELLA VALLE
1.082.872.404

CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, **CERTIFICO:**

1.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.

2.- Que el contratistas ha realizado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por medio de la planilla adjunta al presente formato, en concordancia con el periodo objeto de la presente certificación y que los mismos han sido liquidados de



ANA MARIA CORDOBA LEAL
39560615

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche

INFORME DE ACTIVIDADES

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. **CD20222475** DE FECHA 2/08/2022

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y **MIGUEL ANTONIO MOSCARELLA VALLE** CON C.C Nº **1,082,872,404**

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

PERIODO QUE CUBRE EL INFORME:	**TERCER PAGO - OCTUBRE 2022**
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	**OFICINA JURIDICA Y CONTROL DISCIPLINARIO**
NOMBRE DEL SUPERVISOR	**ANA MARIA CORDOBA LEAL**

II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS

	OBLIGACIONES GENERALES	CUMPLIÓ SI, NO, PARCIAL, N/A	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS REALIZADAS EN EL PERÍODO
1	• brindar asesoría en temas administrativos tales como elaboración de contratos, resoluciones, apertura de procesos contractuales, conciliaciones, acciones de repetición etc.	SI	Asesoria juridica en la elaboración de fichas técnicas, y asesoría en el desarrollo de los Comité de Conciliaicón y Defensa Judicial.
2	• Llevar la representación del H.U.J.M.B ante los juzgados administrativos, en los diferentes procesos que cursen, presentarse en las instalaciones del H.U. J. M. B al menos dos veces semanales con el fin de recibir instrucciones	SI	ASIGNACION DE CUARENTA Y DOS (42) PROCESOS JUDICIAL POR PARTE DE LA JEFE JURIDICA
3	• asumir la representación judicial de la E.S.E. en los asuntos o procesos específicos donde se le otorgue poder, ya sea en sede administrativa o jurisdiccional.	SI	Asumo la representación judicial de la E.S.E en 42 procesos de los cuales se me otorgó poder, con todas la actuaciones realizadas dentro del término establecido por la ley. Z; ALEGATOS DE CONCLUSION NURYS FERNANDEZ;
4	• obrar con la diligencia y cuidado profesional que se deriva de la representación judicial encomendada,	SI	Obre con diligencia y cuidado en el desarrollo de mis actividades contractuales, en la representación de la ESE ante los entes de control como procuraduría y contraloria.
5	contestar oportunamente las demandas o asuntos asignados a su cargo	SI	No hubo asignación referente a esta obligación
6	velar por el buen desempeño del proceso , asistir a las audiencias previamente programadas	SI	AUDICNCIA DE PRUEBAS JUAN PABLO PUERTA; AUDIENCIA DE PRUEBA DAYANA CENTENO; AUDIENCIA DE PRUEBA NURYS FERNANDES.
7	interponer dentro de los términos legales los recursos ordinarios a que haya lugar, es decir los recursos de reposición, apelación y casación.	SI	RECURSO DE APELACION JOSE CASTRO;

ANEXO SOPORTES DOCUMENTALES AL INFORME EL SIGUIENTE NUMERO DE FOLIOS O CD:

Nota: Si requiere incluir actividades adicionales relacionadas con el objeto del contrato o más detalle, incluya filas adicionales.

FIRMA DEL CONTRATISTA.	**C.C.**	**1,082,872,404**	**APROBO SUPERVISOR**

Ana Maria Cord... JEFE OFICINA J... Y CONTROL DI...

aportes en línea

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 1082872404		MOSCARELLA VALLE MIGUEL ANTONIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 17 n° 26 a 45	SANTA MARTA-MAGDALENA	4359904	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-09	2022-09	1703995609	9441371088	I	2022/10/04	2022/10/13	BANCO DAVIVIENDA	9	$749,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,400,000	$384,000			$2,400,000	$300,000			$0	$0			$2,400,000	$58,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,400,000	$384,000			$2,400,000	$300,000			$0	$0			$2,400,000	$58,500		$0	$0
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)					$2,400,000	$384,000			$2,400,000	$300,000			$0	$0			$2,400,000	$58,500		$0	$0
1	CC 1082872404	MOSCARELLA MIGUEL	231001	30	$2,400,000	$384,000	EPS002	30	$2,400,000	$300,000		0	$0	$0	14-23	30	$2,400,000	$58,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$2,400,000	$384,000			$2,400,000	$300,000			$0	$0			$2,400,000	$58,500		$0	$0

2022/10/13 11:20 AM

aportes en línea

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 1082872404		MOSCARELLA VALLE MIGUEL ANTONIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 17 n° 26 a 45	SANTA MARTA-MAGDALENA	4359904	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-09	2022-09	1703995609	9441371088	I	2022/10/04	2022/10/13	BANCO DAVIVIENDA	9	$749,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$384,000	$3,300	$0	$387,300
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$384,000	$3,300	$0	$387,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$58,500	$600	$0	$59,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$58,500	$600	$0	$59,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$300,000	$2,600	$0	$302,600
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$300,000	$2,600	$0	$302,600
TOTAL				1	$742,500	$6,500	$0	$749,000

2022/10/13 11:20 AM