E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	Código FINC3F	Versión 3
	FORMATO CUENTA DE COBRO Y CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO A CONTRATISTAS DE OPS	Fecha última revisión 24/02/2023	

DATOS DEL CONTRATISTA						
					FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 28/04/2023	
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:	CD20231613	Nº RP:	1415	N° CDP:	296	Plazo - Duración:03 meses
¿Adición o prorroga?	no	Tiempo prorrogado		N/A		Valor Adicionado: N/A
Fecha de Inicio Contrato	2023/03/01	Fecha de Terminación Contrato		2023/05/31		Valor del Contrato: 15.000.000
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 (adición	no		Periodo objeto de Cobro	Del	mes	ABRIL
Valor a pagar correspondiente al periodo objeto de cobro?				$ 5,000,000		

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
Mes pagado de seguridad social			MARZO	IBC $2000000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 250,000	Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 320.000
Nivel / aporte de riesgo ARL	3	$ 48,800	Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional: NO	
			Total Pago Seguridad Social	$ 618.800

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.	Firma del Contratista 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 conformidad con las normas vigentes.	Firma del Supervisor
3.- Que se realizó la verificación en el SECOP II de la documentación y se aprueba para pago .	KATHERINE MARIA AMAYA RESTREPO 49.723.808

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche

INFORME DE ACTIVIDADES

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. **CD20231613** DE FECHA 2023/03/01

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:	**SEGUNDO PAGO - ABRIL 2023**
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	**OFICINA JURIDICA Y CONTROL DISCIPLINARIO**
NOMBRE DEL SUPERVISOR	**KATHERINE MARIA AMAYA RESTREPO**

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 UN (41) 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 41 procesos, con todas la actuaciones realizadas dentro del término establecido por la ley. ; CONTESTACION DEMANDA MARIBEL MEJIA CANO 25/04/2023; TRIBUNAL NOTIFICA SENTENCIA NURYS FERNANDEZ 25/04/2023.
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 contraloría.
5	contestar oportunamente las demandas o asuntos asignados a su cargo	SI	ASIGNACION DERECHO DE PETICION U. FUNCIONAL QUIROFANOS PERDIDA DE EQUIPO TUTOR
6	velar por el buen desempeño del proceso , asistir a las audiencias previamente programadas	SI	AUDIENCIA INICIAL TERESA GAMARRA JUZ 5 13/04/2023;
7	interponer dentro de los términos legales los recursos ordinarios a que haya lugar, es decir los recursos de reposición, apelación y casación.	SI	PROYECCION Y NOTIFICACION ALEGATOS BETTY AMARIS 13/04/2023;

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**

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
2023-03	2023-03	2044966254	9448360176	I	2023/04/04	2023/04/26	BANCO DAVIVIENDA	22	$635,700

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)						$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$2,000,000	$48,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$2,000,000	$48,800		$0	$0
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)						$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$2,000,000	$48,800		$0	$0
1	CC	1082872404	MOSCARELLA MIGUEL	231001	30	$2,000,000	$320,000	EPS002	30	$2,000,000	$250,000		0	$0	$0	14-23	30	$2,000,000	$48,800	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$2,000,000	$48,800		$0	$0

2023/04/26 11:47 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	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-03	2023-03	2044966254	9448360176	I	2023/04/04	2023/04/26	BANCO DAVIVIENDA	22	$635,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$320,000	$8,700	$0	$328,700
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$320,000	$8,700	$0	$328,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$48,800	$1,400	$0	$50,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$48,800	$1,400	$0	$50,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$250,000	$6,800	$0	$256,800
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$250,000	$6,800	$0	$256,800
TOTAL				1	$618,800	$16,900	$0	$635,700

2023/04/26 11:47 AM