CUENTA DE COBRO

DATOS DEL CONTRATISTA					FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/01/2024
NOMBRES Y APELLIDOS:	CLAUDIA MARGARITA ZUÑIGA DIAZGRANADOS			CC:	39047591
				RUT:	39047591-6
CORREO ELECTRÓNICO:	claumazu@hotmail.com			TELÉFONO DE CONTACTO:	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CARRERA 17 #25-27 APTO 202 SEGUNDO PISO			CIUDAD:	
RÉGIMEN DEL IVA:	SIMPLIFICADO [x] COMÚN [ ]	¿DECLARANTE DE RENTA?	SI	¿ESTÁ OBLIGADO A FACTURAR? NO	
¿PERSONAS A CARGO?	1	¿APORTE VOLUNTARIO A FONDO DE PENSIONES?	SI		
¿AHORRO VOLUNTARIO A CUENTAS AFC?	NO	¿PAGO DE INTERESES CRÉDITO DE VIVIENDA? NO			
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO FALABELLA	TIPO DE CTA.:	AHORRO	Nº CUENTA:	114060278262

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	CD20240893	Nº RP:	997	N° CDP:	1	PLAZO - DURACIÓN:1 MES
¿ADICIÓN O PRORROGA?	NO	TIEMPO PRORROGADO		NO		VALOR ADICIONADO: NO
FECHA DE INICIO CONTRATO	17/01/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/01/2024		VALOR DEL CONTRATO:$2,200,000
N° CDP (ADICIÓN):	NO	OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN LA UNIDAD FUNCIONAL DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.			
Nº RP: (ADICIÓN)	NO					
¿SUSPENDIDO?	NO	FECHA DE REINICIO:		DD/MM/AAAA	NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN:	DD/MM/AAAA
VALOR TOTAL DEL CONTRATO (ADICIÓN)	NO	PERIODO OBJETO DE COBRO:		MES DE ENERO 2024		
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO?				$ 2.200.000		

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR			
MES DE PAGADO DE SEGURIDAD SOCIAL		DICIEMBRE 2023	IBC:$1,160,000
APORTE OBLIGATORIO A SEGURIDAD SOCIAL SALUD	$ 146.100	APORTE OBLIGATORIO A SEGURIDAD SOCIAL PENSIÓN: $187,000	
NIVEL / APORTE DE RIESGO ARL	$ 28.600	APORTE OBLIGATORIO A FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL: NO	
		TOTAL PAGO SEGURIDAD SOCIAL: $361,700	

Firma del Contratista

CLAUDIA MARGARITA ZUÑIGA DIAZGRANADOS

C.C. No. 39047591

HJMB E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE	**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO**	**Código: GJC23F**	**Versión: 2**
		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024	
		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/01/2024	

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y CLAUDIA MARGARITA ZUÑIGA DIAZGRANADOAS CON C.C Nº 39047591

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN LA UNIDAD FUNCIONAL DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20240893**		**DE FECHA**		17/01/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$2,200,000		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:**		$2,200,000
Nº PAGO / Nº DE INFORME::	1 DE 1	**Nº CRP:**	997	**Nº CDP:**	1
PLAZO DEL CONTRATO	1 MES	**FECHA DEL ACTA DE INICIO:**	17/01/2024		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CONSULTA EXTERNA, APOYO DIAGNOZTICO Y TERAPEUTICO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	EVELYN ROSA GONZALEZ ORTEGA				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	N/A	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				N/A	
VALOR ADICIONADO	N/A	**CDP DE LA ADICIÓN:**	N/A	**CRP DE LA ADICIÓN:**	N/A	**TIEMPO PRORROGADO:**	N/A

III. POLIZAS (SI APLICA)

Nº DE PÓLIZA:	N/A	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**	N/A

ITEM	IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades especificas del objeto del contrato)
1	Identifique las necesidades del cliente interno y externo según políticas de la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche.
2	Proyecte estudios de necesidad y oportunidad para el personal de OPS Personal Administrativo y Asistencial que dependa de la Coordinación Medica Unidad Funcional Consulta Externa Apoyo Diagnostico y Terapéutico y demás temas que maneja la oficina de la Coordinación Medica de manera oportuna, clara y completa en relación con el portafolio institucional y manuales técnicos desarrollados en un clima de cordialidad y respeto de acuerdo con protocolo institucional.
3	Organice y Proyecte las Juntas Médicas de Consulta Externa Especializada
4	Proyecte y Entregue Mipres a los usuarios que lo solicitaron
6	Abri notas aclaratorias para correcciones de las historias clínicas de los especialistas.
7	Atendi y oriente a la personas en relación con sus necesidades y expectativas de acuerdo con políticas institucionales y normas de salud.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9461369966	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	SANITAS	31/01/2024	146100
PENSIÓN:	COLFONDOS	31/01/2024	187000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	31/01/2024	28600

VI.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.

VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

FIRMA DEL CONTRATISTA:	**CLAUDIA MARGARITA ZUÑIGA DIZGRANADOS**
Nº. IDENTIFICACIÓN:	**39,047,591**

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 39047591		ZUÑIGA DIAZ GRANADOS CLAUDIA MARGARITA DE LA MILA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 17 No. 25-27 apto 202	SANTA MARTA-MAGDALENA	4216938	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-12	2023-12	427255272	9461369966	I	2024/01/23	2024/01/31	BANCO DAVIVIENDA	8	$361,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,600	$1,400	$0	$187,000
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$185,600	$1,400	$0	$187,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,300	$300	$0	$28,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$28,300	$300	$0	$28,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,000	$1,100	$0	$146,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$145,000	$1,100	$0	$146,100
TOTAL				1	$358,900	$2,800	$0	$361,700

2024/01/31 02:58 PM

HJMB Julio Méndez BARRENECHE	**FORMATO INFORME DE SUPERVISOR**	**Código: GJC22F**	**Versión: 1**
		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/01/2024	
		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/01/2024	

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y CLAUDIA MARGARITA ZUÑIGA DIAZGRANADOS CON C.C Nº 39.047.591

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA REALIZAR ACTIVIDAES ADMINISTRATIVAS EN LA UNIDAD FUNCIONAL DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA DE LA ESE H.U.J.M.B.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD2040893**		**DE FECHA**		17/01/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$1,900,000		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:**		$1,900,000.
Nº PAGO / Nº DE INFORME::	1 DE 1	**Nº CRP:**	997	**Nº CDP:**	1
PLAZO DEL CONTRATO	(1) MES(ES)	**FECHA DEL ACTA DE INICIO:**		17/01/2024	
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9461369966	**OPERADOR:**		APORTES EN LINEA	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CONSULTA EXTERNA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	EVELYN GONZALEZ				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	N/A	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				N/A	
VALOR ADICIONADO	N/A	**CDP DE LA ADICIÓN:**	N/A	**CRP DE LA ADICIÓN:**	N/A	**TIEMPO PRORROGADO:**	N/A

III. POLIZAS (SI APLICA)

Nº DE PÓLIZA:	XX	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	XX
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**	XX

IV. VERIFICACIÓN DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

CERTIFICO CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES GENERALES Y ESPECIFICAS SATISFACTORIAMENTE

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	El contrato se encuentra debidamente legalizado.	XX	
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.	XX	
3	Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en su respectiva carpeta contractual.	XX	
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.	XX	

Teniendo en cuenta lo anterior, en mi calidad de supervisor doy visto bueno para el respectivo pago correspondiente al periodo Nº ENERO 2024

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	
Nº. IDENTIFICACIÓN:	**36722648**