CUENTA DE COBRO

DATOS DEL CONTRATISTA						FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 29/02/2024
NOMBRES Y APELLIDOS:	DAISY ESTHER AGUIRRE CORREA				CC:	39045567
					RUT:	39045567-1
CORREO ELECTRÓNICO:	DAISYES@LIVE.COM				TELÉFONO DE CONTACTO: 3112738688	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	MANZ 9 CASA 7 URB. ANDREA CAROLINA				CIUDAD:	SANTA MARTA
RÉGIMEN DEL IVA:	SIMPLIFICADO [x] COMÚN [ ]		¿DECLARANTE DE RENTA?		NO	¿ESTÁ OBLIGADO A FACTURAR? NO
¿PERSONAS A CARGO?	2	¿APORTE VOLUNTARIO A FONDO DE PENSIONES?			NO	
¿AHORRO VOLUNTARIO A CUENTAS AFC?		NO		¿PAGO DE INTERESES CRÉDITO DE VIVIENDA? NO		
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BBVVA		TIPO DE CTA.:	AHORRO	Nº CUENTA:	0518000200525811

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	CD20241740	Nº RP:	2323	N° CDP:	309	PLAZO - DURACIÓN: 2 MESES
¿ADICIÓN O PRORROGA?	NO	TIEMPO PRORROGADO		NO		VALOR ADICIONADO: NO
FECHA DE INICIO CONTRATO	21/02/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/03/2024		VALOR DEL CONTRATO:3,800,000,00
N° CDP (ADICIÓN):	NO	OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL GRUPO DE TRABAJO DEL CALL CENTER DE LA E.S.E. HOSPITAL			
Nº RP: (ADICIÓN)	NO					
¿SUSPENDIDO?	NO	FECHA DE REINICIO:		DD/MM/AAAA	NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN:	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO (ADICIÓN)	NO	PERIODO OBJETO DE COBRO:		FEBRERO,2024		
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO?				1,900,000		

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR			
MES DE PAGADO DE SEGURIDAD SOCIAL			
APORTE OBLIGATORIO A SEGURIDAD SOCIAL SALUD		APORTE OBLIGATORIO A SEGURIDAD SOCIAL PENSIÓN:	
NIVEL / APORTE DE RIESGO ARL	3	APORTE OBLIGATORIO A FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL: NO	
		TOTAL PAGO SEGURIDAD SOCIAL:	



Firma del Contratista

DAISY ESTHER AGUIRRE CORREA
C,C, 39045567

	FORMATO INFORME DE SUPERVISOR	Código: GJC22F	Versión: 1
		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/01/2024	
		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 29/02/2024	

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y DAISY ESTHER AGUIRRE CORREA CON C.C Nº 39045567

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 EL GRUPO DE TRABAJO DEL CALL CENTER DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20241740**		**DE FECHA**		21/02/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$3800000		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:**		$1900000
N° PAGO / N° DE INFORME::	1 DE 2	**Nº CRP:**	2323	**N° CDP:**	309
PLAZO DEL CONTRATO	2 MESES	**FECHA DEL ACTA DE INICIO:**		21/02/2024	
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	Certificado de Afiliación	**OPERADOR:**			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SISTEMA DE INFORMACION Y TIC				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	CINDY SALLANNY MATTOS FIGUERA				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° 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)

N° DE PÓLIZA:	N/A	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**	N/A

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

Se verifican las actividades desarrolladas y descritas en el informe de actividades anexo, donde además se observa compromiso, responsabilidad y cumplimiento por parte del contratista.
Se constatan registros en Base de Datos del sistema Topra, Dyalogo

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

Teniendo en cuenta lo anterior, en mi calidad de supervisor doy visto bueno para el respectivo pago correspondiente al periodo N° 1(UNO) de 2 (DOS)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	Cindy mattos F.
N°. IDENTIFICACIÓN:	**55.220.303 de Barranquilla (Atlántico)**

	FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	Código: GJC23F	Versión: 2
		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024	
		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 29/02/2024	

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y
DAISY ESTHER AGUIRRE CORREA
CON C.C Nº 39045567

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 EL GRUPO DE TRABAJO DEL CALL CENTER DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20241740**			**DE FECHA**		**21/02/2024**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$ 3,800,000,00			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:**		1,900,000,00
N° PAGO / N° DE INFORME::	1 DE 2		**Nº CRP:**	2323	**Nº CDP:**	309
PLAZO DEL CONTRATO	2 MESES		**FECHA DEL ACTA DE INICIO:**		21/02/2024	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL SISTEMAS DE INFORMACION Y TIC					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	CINDY SALLANNY MATTOS FIGUERA					

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° 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)

N° 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 específicas del objeto del contrato)
1	Durante el mes de Febrero apoye en las verificacion de citas
2	Confirmación de agenda a los pacientes con especialistas del Hospital Universitario Julio Mendez Barreneche
3	Se brindo información a los pacientes acerca de la documentación que deben traer para el cumplimiento de la cita
4	Durante el mes de febrero apoye en las tareas asignadas
5	Realice la adecuda utilizacion de Sofware Tropa (citisalud)
8	Guarde absoluta reserva de la informacion suministrada por el HUJMB
9	Se cumplió con el horario asignado por el area, para todas las necesidades presentadas durante todo el mes de Febrero

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	CERTIFICACION	**OPERADOR:**	SOI

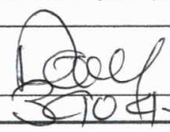
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS		N/A
PENSIÓN:	PORVENIR		N/A
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA		N/A

VI.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.

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 periodo correspondiente

FIRMA DEL CONTRATISTA:	
N°. IDENTIFICACIÓN:	39045567

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

SOPORTE DE NOVEDADES DE REINGRESOS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

nueva eps
OFICINA SANTA MARTA CLAVE
RECIBIDO PARA ESTU...
21 FEB 2024

CÓDIGO ASESOR Y/O PROMOTOR

AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

5. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
AGUIRRE	CORREA	DAISY	ESTHER

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	9. SEXO
	39045567	

10. FECHA NACIMIENTO	11. NACIONALIDAD
	COLOMBIA

ANEXO COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	ZONA	TELÉFONO FIJO	EXT.
SANTA MARTA	MAGDALENA	CABECERA MUNICIPAL ☐ CENTRO POBLADO ☐ RURAL DISPERSO ☐ RESTO RURAL ☐		

TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	IPS	IPS ODONTOLÓGICA
3112738688		19045	

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

38. Nombre o Razón Social	40. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	41. Número documento de identidad	DV	42. Tipo de aportante o pagador de pensiones
DAISY AGUIRRE CORREA		39045567		

43. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO
MZ 9C57 Manzanares Santa Marta	

3112738688	FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL 01-02-2024	CARGO Independiente	OCUPACIÓN	SALARIO 1300.000

IX. FIRMAS

61. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique

62. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

Powered by CamScanner