CUENTA DE COBRO

DATOS DEL CONTRATISTA						
				FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 29/02/2024		
NOMBRES Y APELLIDOS:	MERY CECILIA MORENO LOBO			CC:	36719619	
				RUT:	36719619-7	
CORREO ELECTRÓNICO:	MECIMOREN@HOTMAIL.COM			TELÉFONO DE CONTACTO: 3005307240		
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KRA 21A3 · 29E18			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:	BBVA	TIPO DE CTA.:	AHORRO	Nº CUENTA:	805-440-765	

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	CD20241909	Nº RP:	2315	Nº CDP:	310	PLAZO - DURACIÓN: 45 DIAS
¿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:2,850,000
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?			950.000			

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

Mery Moreno Lobo

MERY CECILIA MORENO LOBO
C,C36719619

HJMB E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE	**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 MERY CECILIA MORENO LOBO CON C.C Nº 36719619

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.	**CD20241909**		**DE FECHA**		21/02/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$2850000		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:**		$950000
N° PAGO / N° DE INFORME::	1 DE 2	**Nº CRP:**	2315	**N° CDP:**	310
PLAZO DEL CONTRATO	45 DIAS	**FECHA DEL ACTA DE INICIO:**		21/02/2024	
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		**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 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)**

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: 29/02/2024	

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y
MERY CECILIA MORENO LOBO
CON C.C Nº 36719619

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.	CD20241909			DE FECHA	21/02/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$ 2.850.000			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:**	950,000
Nº PAGO / Nº DE INFORME::	1 DE 2	**Nº CRP:**	2315	**Nº CDP:**	310
PLAZO DEL CONTRATO	45 DIAS	**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

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	**Durante el mes de Febrero apoye en las verificacion de citas**
2	**Se brindo informacion necesaria solicitada por los usuarios que se comunican por los diferentes canales habilitados por el servicio del call center**
3	**durante el mes de febrero apoye en las verificion de casos**
4	**Realice la adecuda utilizacion de Sofware Tropa (citisalud)**
5	**Guarde absoluta reserva de la informacion suministrada por el HUJMB**
8	**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:	**SALUD TOTAL**			**N/A**
PENSIÓN:	**PROTECCION**			**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.

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:	Mery Moreno Lobo
Nº. IDENTIFICACIÓN:	36719619

Salud Total EPS

CERTIFICA QUE:

Que el (la) señor(a) **MERY CECILIA MORENO LOBO** con documento de identidad C. **36719619**, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos del Régimen Contributivo y, su estado de afiliación es Activo(a) en la ciudad de SANTA MARTA, desde 2023-12-18.

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o **www.saludtotal.com.co** Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co o puede comunicarse con **nuestra línea de atención** al cliente 018000114524, y en Bogotá al teléfono 4854555.

Se expide el lunes 19 de febrero de 2024 atendiendo la solicitud del interesado.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADOS

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.

Elaboró: *Oficina Virtual*