CUENTA DE COBRO

DATOS DEL CONTRATISTA		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:	26/04/2024
NOMBRES Y APELLIDOS:	LIZETH ZENITH FERRER MEJIA	CC:	1082939600
		RUT:	1082939600-7
CORREO ELECTRÓNICO:	LIZEFEME@GMAIL.COM	TELEFONO:	3135244343
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 46A N 20-89 LAS ACACIAS	CIUDAD:	SANTA MARTA

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.

No tomaré costos y deducciones	(X)
Si tomaré costos y deducciones	(___)

La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	CD20243313	Nº RP:	509	Nº CDP:	3537	PLAZO - DURACIÓN:	3 MESES
¿ADICIÓN O PRORROGA?	NO	TIEMPO PRORROGADO		NO		VALOR ADICIONADO:	NO
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/04/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		30/06/2024		VALOR DEL CONTRATO:	5,700,000
Nº 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 UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ 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:		ABRIL		

VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO?	$ 506,700

LIZETH ZENITH FERRER MEJIA
CC. 1082939600

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	26/04/2024

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y LIZETH ZENITH FERRER MEJIA CON C.C Nº 1082939600

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.	CD20243313		DE FECHA		31/03/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	5,700,000		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:		506,700
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	1 DE 3	Nº CRP:	509	Nº CDP:	3537
PLAZO DEL CONTRATO	(3) TRES MES(ES)	FECHA DEL ACTA DE INICIO:		1/04/2024	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SISTEMA 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

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)

ITEM	
1	Durante el mes de Abril asigne citas, solicite a la coordinacion extra cupos para garantizar la atencion oportuna de los pacientes de postoperatorio
2	Se oriento debidamente a los usuarios el proceso de activacion de cita al momento de llegar a la misma. Y se hizo la debida repromación de pacientes con perdida de citas o alguna otra eventualidad.
3	Informe a la coordinacion de las anomalias presentadas por el sottware
4	Durante el mes de Abril: estuve en ventanilla de codigo y en asignacion de cita de consulta externa.
5	Realice la adecuada utilizacion del software TOPRA (citisalud)
6	Se cumplió con el horario asignado por el area del Call Center, para todas las necesidades presentadas durante todo el mes de Abril.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

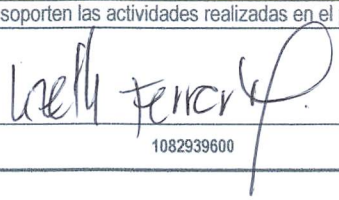
No. DE PLANILLA:	9463354202	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	4/04/2024	$ 162,500
PENSIÓN:	PORVENIR	4/04/2024	$ 208,000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	4/04/2024	$ 31,700
VALOR TOTAL PAGADO			$ 402,200

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:	
Nº. IDENTIFICACIÓN:	1082939600

	FORMATO INFORME DE SUPERVISOR	Código: GJC22F	Versión: 1
		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/01/2024	
		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 26/04/2024	

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y

LIZETH ZENITH FERRER MEJIA

CON C.C Nº 1082939600

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.	**CD20243313**	**DE FECHA**	**31/03/2024**		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$5700000	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:**	$506700		
N° PAGO / N° DE INFORME::	1 DE 3	**Nº CRP:**	3537	**N° CDP:**	509
PLAZO DEL CONTRATO	3 MES(ES)	**FECHA DEL ACTA DE INICIO:**	**01/04/2024**		
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9463354202	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA		
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 de los sistemas de información.

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 3 (TRES)

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

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 1082939600		FERRER MEJIA LIZETH ZENITH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 46 A No. 20-52 Las acacias	SANTA MARTA-MAGDALENA	4300789	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	553799702	9463354202	I	2024/04/02	2024/04/04	NEQUI	2	$403,000

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	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
1	CC	1082939600	FERRER LIZETH	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,300,000	$31,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0

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 1082939600		FERRER MEJIA LIZETH ZENITH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 46 A No. 20-59 Las acacias	SANTA MARTA-MAGDALENA	4300789	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	553799702	9463354202	I	2024/04/02	2024/04/04	NEQUI	2	$403,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$400	$0	$208,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$400	$0	$208,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$100	$0	$31,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$31,700	$100	$0	$31,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$300	$0	$162,800
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$162,500	$300		$162,800
TOTAL				1	$402,200	$800	$0	$403,000