**ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**

NIT: 891780185
CARRERA 14 #23-42
4346262

AÑO: 2024 NÚMERO DE ACUERDO: 004 FECHA: 11/07/2024

**REGISTROS PRESUPUESTALES No. 4531**

LA PROFESIONAL UNIVERSITARIA DE PRESUPUESTO

**CERTIFICA**

**CERTIFICADO DISPONIBILIDAD No.722**

**TERCERO:** 36666278 - POSADA MONROY JACQUELINE

QUE POR MEDIO DEL CUAL SE REGISTRA EN EL LIBRO DE PRESUPUESTO, LOS VALORES QUE SE RELACIONAN A CONTINUACION:

SERVICIO DE PERSONAL ADMINISTRATIVO DE ESTA ESE. SEGUN OPS 3939

**VALOR:** $ 2,100,000.00

DOS MILLONES CIEN MIL (PESOS)

| Código Rubro | Descripción | Lugar | cod. CPC descripción CPC | Valor |
|---|---|---|---|---|
| 2.1.2.02.02.008.02 | Servicios Personales Administrativos (Contador, Abogado, otros) | ESE JULIO MENDEZ BARRENECHE | | 2,100,000 |

| Contrato | No. Contrato | Fecha Inicial | Fecha Final |
|---|---|---|---|
| PRESTACION DE SERVICIOS | 3939 | | |

LEDYS GALINDO MORALES
PROFESIONAL UNIVERSITARIO PRESUPUESTO

**USUARIO IMPRIME:** ANDRES JESUS ARMANDO GAMEZ AND
**IMPRESO POR:** Sistemas CitiSalud SAS
**ELABORADO POR:** ANDRES JESUS ARMANDO GAMEZ AND

| E.S.E. Hospital Universitario JULIO MÉNDEZ BARRENECHE | **ACTA DE DESIGNACIÓN DE SUPERVISOR** | CÓDIGO: GJC24F<br>VERSIÓN: 02<br>FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024<br>Página **1** de **1** |
|---|---|---|

PARA: SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
DE: GERENTE
ASUNTO: Designación de Supervisor

En calidad de ordenador del gasto me permito comunicarle que ha sido designado(a) como Supervisor del siguiente contrato:

| CONTRATO | CONTRATISTA | OBJETO | PLAZO |
|---|---|---|---|
| CD20243939 | JACQUELINE POSADA MONROY | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL GRUPO DE TRABAJO DE FACTURACION DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE. | Previa legalización, sin exceder el 31 de julio de 2024 |

En su actuación como Supervisor, está en la obligación de mantener un estricto control sobre la ejecución del objeto y obligaciones contractuales, por cuanto de conformidad con lo establecido en los artículos 51 y 56 de la Ley 80 de 1993, la Ley 1952 de 2019 y la Ley 1474 de 2011, el supervisor responderá disciplinaria, fiscal, civil y penalmente por sus acciones y omisiones en la actuación contractual, en los términos de la Constitución y la Ley.

Adicionalmente estará obligado a dar estricto cumplimiento a las obligaciones que defina la entidad a través del Manual de Contratación, el Manual de Supervisión e interventoría y las circulares que se expidan, y el Grupo de Trabajo de Contratación a través de la Oficina Asesora Jurídica y Control Disciplinario respecto de los asuntos referidos a la ejecución contractual y la etapa postcontractual.

Los supervisores están obligados a expedir los informes de supervisión y demás documentos de la ejecución contractual los cuales deberán presentarse dentro del término que se señale en el clausulado contractual o cuando sea requerido por el ordenador del gasto para que reposen en el expediente contractual de la Entidad.

Dentro de sus obligaciones principales está la vigilancia del cumplimiento del plazo de ejecución, de las obligaciones y del cronograma de actividades, si lo hubiere, así como informar al Grupo de Trabajo de Contratación cualquier acontecimiento que impida el normal desarrollo del contrato o convenio, estudiar las solicitudes, sugerencias, reclamaciones y consultas del contratista, exigir la documentación e información que estime pertinente y necesaria para el cabal cumplimiento de sus obligaciones como supervisor, exigir la acreditación del cumplimiento de las obligaciones adquiridas con el sistema de seguridad social integral y parafiscales según sea el caso, aprobar las solicitudes de pago, y todas las demás obligaciones que deban cumplir las partes y/o el contratista, señaladas en el respectivo contrato o convenio.

Una vez finalice el contrato o convenio cuya supervisión le corresponda, tendrá la obligación de expedir un informe final de supervisión, la certificación final de cumplimiento del objeto contractual y proyectar el acta de liquidación respectiva, en los casos que aplique, la cual deberá venir acompañada de la certificación de pagos y el certificado de saldos y pagos expedidos por el Grupo de Trabajo de Tesorería y el Grupo de Trabajo de Contabilidad.

Todos los documentos antes citados deberán ser remitidos al Grupo de Trabajo de Contratación para su revisión y trámite pertinente, con el fin de dar cumplimiento al procedimiento de liquidación contractual.

NORA ELVIRA ANILLO ROMERO
GERENTE (E)

COPIA CONTROLADA

| | | |
|---|---|---|
| E.S.E. Hospital Universitario JULIO MÉNDEZ BARRENECHE | **ACTA INICIO** | CÓDIGO: GJC25F<br>VERSIÓN: 01<br>FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024<br>Página **1** de **89** |

## ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20243939 DEL 2024

| | |
|---|---|
| **NO. DEL CONTRATO** | **CD20243939** |
| **NOMBRE DEL CONTRATANTE** | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | **JACQUELINE POSADA MONROY** |
| **NO. DE IDENTIDAD** | 36666278 |
| **OBJETO DEL CONTRATO** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL GRUPO DE TRABAJO DE FACTURACION DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE. |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO** | 2100000 |
| **FORMA DE PAGO** | El HUJMB cancelará al CONTRATISTA 1 cuota, por valor DOS MILLONES CIEN MIL PESOS M/L. ($2100000) correspondiente al mes de julio de conformidad con el informe de la ejecución de las actividades contractuales realizadas, previa certificación de cumplimiento expedida por parte del Supervisor del contrato. |
| **PLAZO DE EJECUCIÓN** | PREVIA LEGALIZACION DEL CONTRATO SIN EXCEDER EL 31 DE JULIO DE 2024 |
| **CDP** | 722 |
| **REGISTRO PRESUPUESTAL** | 4531 |
| **SUPERVISOR DEL CONTRATO** | NORA ELVIRA ANILLO ROMERO |

Entre los suscritos a saber **NORA ELVIRA ANILLO ROMERO** en su calidad de **GERENTE (E)** y quien actúa como Supervisor del contrato No. **CD20243939** y por la otra **JACQUELINE POSADA MONROY** en calidad de contratista quienes se reúnen para dar inicio al contrato en mención, cuyo objeto es el mencionado en la parte superior del presente documento.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta a los **11** días, del mes de julio del año **2024**.

SUPERVISOR,

**NORA ELVIRA ANILLO ROMERO**
**C.C Nº. 45.523.791**

CONTRATISTA,

**JACQUELINE POSADA MONROY**
**36666278**

COPIA CONTROLADA

| | FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO | Código: GJC23F | Versión: 2 |
|---|---|---|---|
| | | FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024 | |
| | | FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/07/2024 | |

**CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y JACQUELINE POSADA MONROY CON C.C Nº 36666278**

**I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

| | |
|---|---|
| | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL GRUPO DE TRABAJO DE FACTURACION DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE. |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | | **CD20243939** | | | **DE FECHA** | | **11/07/2024** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO:** | $2.100.000 | | | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:** | | $2.100.000 |
| **Nº PAGO / Nº DE INFORME::** | 1 DE 1 | | **Nº CRP:** | 4531 | **Nº CDP:** | | 722 |
| **PLAZO DEL CONTRATO** | (1) MES | | **FECHA DEL ACTA DE INICIO:** | | **11/07/2024** | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | FACTURACION | | | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | MARIO JAVIER MANCERA SIERRA | | | | | | |

**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 | FACTURACION DE CIRUGIAS $306.560.371 PACIENTES 153 |
| 2 | LIQUIDACION Y/O REGISTROS EN TOPRA DE TODOS LOS SERVICIOS PRESTADOS (CIRUGIAS, AYUDAS DIAGNOSTICAS) |
| 3 | LIQUIDACION DE COPAGOS DE CIRUGIAS PROGRAMADAS, COTIZACION DE CIRUGIAS A PARTICULARES |
| 4 | ADMISION, VERIFIACION DE DERECHOS Y AUTORIZACION (hallazgos quirurgicos y/o adicionales) DE PACIENTES CIRUGIAS PROGRAMADAS |
| 5 | SOLICITUD DE CASOS O AUTORIZACIONES QUE HAN PRESENTADO INCONSISTENCIAS AL MOMENTO DE ADMISIONAR AL PACIENTE Y/O NOTIFICACION AL GRUPO DE AUTORIZACION DE CIRUGIA PROGRAMADA Y A LA JEFE DE LA CONSULTA EXTERNA |
| 6 | VERIFICACION Y DILIGENCIAMIENTO DE LA LISTA DE CHEQUEO DE HISTORIAS CLINICAS - ORDEN DE SALIDA DE PACIENTES SEGÚN PROTOCOLO |
| 7 | ESCANEAR LOS SOPORTES DE INGRESO O ADMISION DE PACIENTES DE CIRUGIA AMBULATORIA, (AUTORIZACION, ORDEN, CUPO, DOCUMENTO, VERIFICACION DE DERECHOS DE PACIENTES, ENTRE OTROS) COMPARTIR LOS SOPORTES DE INGRESO ESCANEADOS EN EL DRIVE GMAIL: Jposadamhujmb2023@gmail.com, CARPETA: CIRUGIAS PROGRAMADAS AMBULATORIO PISO 4. ENTREGAR LAS HISTORIAS CLINICAS A EL (LOS) FUNCIONARIOS ENCARGADOS DE ESCANER DE SOPORTE PARA LA RADICACION |

**V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | **7931448824** | **OPERADOR:** | **APORTES EN LINEA** | |
| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** | |
| **SALUD:** | **NUEVA EPS** | **23/07/2024** | **$** | **162,500.00** |
| **PENSIÓN:** | **COLFONDOS** | **23/07/2024** | **$** | **208,000.00** |
| **RIESGOS LABORALES:** | **POSITIVA** | **23/07/2024** | **$** | **31,700.00** |

**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 período correspondiente

| | |
|---|---|
| **FIRMA DEL CONTRATISTA:** | |
| **Nº. IDENTIFICACIÓN:** | **36.666.278** |

| | FORMATO INFORME DE SUPERVISOR | Código: GJC22F | Versión: 1 |
|---|---|---|---|
| | | FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/01/2024 | |
| | | FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/07/2024 | |

**CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y JACQUELINE POSADA MONROY CON C.C N° 36.666.278**

**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 DE FACTURACION DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **CD20243939** | | **DE FECHA** | | **11/07/2024** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO:** | $2,100,000 | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:** | | $2,100,000 |
| **N° PAGO / N° DE INFORME::** | 1 DE 1 | **N° CRP:** | 4531 | **N° CDP:** | 722 |
| **PLAZO DEL CONTRATO** | (1) MESES | **FECHA DEL ACTA DE INICIO:** | | **11/07/2024** | |
| **N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:** | **7931448824** | | | APORTES EN LINEA (SOI) | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | FACTURACION | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | MARIO JAVIER MANCERA SIERRA | | | | |

**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:** | XX | **NOMBRE DE LA ASEGURADORA:** | XX |
| **FECHA DE LA PÓLIZA** | DD/MM/AAAA | **ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:** | XX |

**IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS**

**EL CONTRATISTA CUMPLIO CON LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO SIN NINGUNA OBSERVACION ADICIONAL.**

| 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° 01 de 1

**MARIO JAVIER MANCERA SIERRA**
**N°. IDENTIFICACIÓN: 85.203.465**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de Bogotá

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACION: | CEDULA DE CIUDADANIA | NUMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 36666278 |
| NOMBRE Ó RAZON SOCIAL: | | | JACQUELINE POSADA MONROY POSADA MONROY |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | SANTA MARTA | DEPARTAMENTO: | MAGDALENA |
| DIRECCIÓN: | CARRERA 25 N 15-18 | TELÉFONO: | 1111111 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACION: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | 7931448824 | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS: | MES | junio AÑO 2024 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES junio | AÑO 2024 |
| DÍAS DE MORA: | | 5 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2024/07/23 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 794688421 |

### TOTAL APORTES A PENSIÓN

| CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | MORA COTIZACIÓN | MORA FSP | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 231001 | 231001-COLFONDOS | 1 | $ 208.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 800 | $ 0 | $ 208.000 | $ 800 | $ 208.800 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 208.000** | **$ 800** | **$ 208.800** |

### TOTAL APORTES A SALUD

| CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACION | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR | LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | LICENCIA MATERNIDAD VALOR | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | LIQUIDACIÓN VALOR ADRES | MORA COTIZACION | MORA VALOR ADRES | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS037 | EPS037-NUEVA EPS | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 162.500 | $ 0 | $ 700 | $ 0 | $ 162.500 | $ 700 | $ 0 | $ 163.200 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 162.500** | **$ 700** | **$ 0** | **$ 163.200** |

### TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP NUMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD IRP VALOR | INCAPACIDAD IRP PAGO A OTROS RIESGOS | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 31.700 | $ 31.700 | $ 200 | $ 0 | $ 31.900 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 31.700** | **$ 200** | **$ 0** | **$ 31.900** |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE N° | IDENTIFICACION | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CC 36666278 | POSADA MONROY JACQUELINE | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.300.000 | | | | NO |

| NOVEDADES ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

| SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 231001-COLFONDOS | 30 | $ 1.300.000 | $ 208.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 208.000 |

| SEGURIDAD SOCIAL — SALUD ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|
| EPS037-NUEVA EPS | 30 | $ 1.300.000 | $ 162.500 | $ 0 | $ 162.500 |

| SEGURIDAD SOCIAL — ARP ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|
| 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.300.000 | 36666278 | $ 31.700 |

| PARAFISCALES DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 403.900 |
|---|---|

SOI

Usuario: 36666278

Clave: Cuentasoi1234*

2024/07/23 8:07 AM USUARIO: SOI CC36666278

# CUENTA DE COBRO

| DATOS DEL CONTRATISTA | | | FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/07/2024 |
|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | JACQUELINE POSADA MONROY | CC: | 36666278 |
| | | RUT: | 36666278-1 |
| CORREO ELECTRÓNICO: | jacquelineposada@hotmail.com | TELÉFONO: | 3024118324 |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | Calle 47 a No. 31-48 | 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.

| BANCO AL CUAL CONSIGNAR: | BANCO DE BOGOTA | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | N° CUENTA: | 235301207 |
|---|---|---|---|---|---|

**DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| N° DEL CONTRATO: | CD20243939 | N° RP: | 4531 | N° CDP: | 722 | PLAZO - DURACIÓN: 1 MES |
| ¿ADICIÓN O PRORROGA? | NO | TIEMPO PRORROGADO | | NO | | VALOR ADICIONADO: NO |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 11/07/2024 | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | | 31 DE JULIO DE 2024 | | VALOR DEL CONTRATO: 2,100,000 |
| N° CDP (ADICIÓN): | NO | OBJETO DEL CONTRATO | PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL GRUPO DE TRABAJO DE FACTURACION DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | | | |
| N° 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: | | JULIO DE 2024 | | |
| VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO? | | $ 2,100,000 | | | | |

Firma del Contratista

**JACQUELINE POSADA MONROY**

**C.C 36.666.278**

| E.S.E. Hospital Universitario JULIO MÉNDEZ BARRENECHE | ACTA FINAL | CÓDIGO: GJC26F<br>VERSIÓN: 01<br>FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024<br>Página 1 de 1 |
|---|---|---|

**ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20243365 DEL 2024**

| | |
|---|---|
| **NO. DEL CONTRATO** | **CD20243939 DEL 2024** |
| **NOMBRE DEL CONTRATANTE** | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | JACQUELINE POSADA MONROY |
| **NO. DE IDENTIDAD** | 36.666.278 |
| **OBJETO DEL CONTRATO** | PRESTAR LOS SERVICIOS TECNICO ADMINISTRATIVO EN EL GRUPO DE TRABAJO DE FACTURACION DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO** | DOS MILLONES CIEN MIL PESOS M/CTE $2.100.000 |
| **FORMA DE PAGO** | El HUJMB cancelará al CONTRATISTA en Un **(01)** pagos por valor de **($2.100.000)** parciales, de conformidad con el informe de la ejecución de las actividades contractuales realizadas, previa certificación de cumplimiento de expedida por parte del Supervisor del contrato. |
| **PLAZO DE EJECUCIÓN** | Previa legalización del contrato sin exceder del 31 de julio del 2024. |
| **CDP** | 722 |
| **REGISTRO PRESUPUESTAL** | 4531 |
| **FECHA DE ACTA DE INICIO** | 11 DE JULIO 2024 |
| **FECHA DE TERMINACION CONTRATO** | 31 DE JULIO DE 2024 |
| **SUPERVISOR DEL CONTRATO** | MARIO JAVIER MANCERA SIERRA |

Entre los suscritos, **MARIO JAVIER MANCERA SIERRA,** mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **85.203.465** expedida en **SANTA ANA**, obrando en calidad de **GERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO** quien actúa como supervisor del contrato **CD202433939** por otra parte **JACQUELINE POSADA MONROY**, identificado con la cedula de ciudadanía No **36.666.278** en su condición de contratista se reunieron para firmar acta de finalización de contrato.

Por último el hospital se declara que no existe emolumento alguno entre las partes y con todo concepto respecto de las obligaciones mutuas pactadas en el contrato prestación de servicios en referencia.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta a los **(31** días, del mes de **(JULIO)** del año **(2024)**.

SUPERVISOR,

**MARIO JAVIER MANCERA SIERRA**
**85.203.465 de Santa Ana**

CONTRATISTA,

**JACQUELINE POSADA MONROY**
**36.666.278 de Santa Marta**

| | | |
|---|---|---|
| E.S.E. Hospital Universitario JULIO MÉNDEZ BARRENECHE | ACTA FINAL | CÓDIGO: GJC26F<br>VERSIÓN: 01<br>FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024<br>Página 1 de 1 |

## ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20243939 DEL 2024

| | |
|---|---|
| **NO. DEL CONTRATO** | **CD20243939 DEL 2024** |
| **NOMBRE DEL CONTRATANTE** | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | JACQUELINE POSADA MONROY |
| **NO. DE IDENTIDAD** | 36.666.278 |
| **OBJETO DEL CONTRATO** | PRESTAR LOS SERVICIOS TECNICO ADMINISTRATIVO EN EL GRUPO DE TRABAJO DE FACTURACION DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO** | DOS MILLONES CIEN MIL PESOS M/CTE $2.100.000 |
| **FORMA DE PAGO** | El HUJMB cancelará al CONTRATISTA en Un **(01)** pagos por valor de **($2.100.000)** parciales, de conformidad con el informe de la ejecución de las actividades contractuales realizadas, previa certificación de cumplimiento de expedida por parte del Supervisor del contrato. |
| **PLAZO DE EJECUCIÓN** | Previa legalización del contrato sin exceder del 31 de julio del 2024. |
| **CDP** | 722 |
| **REGISTRO PRESUPUESTAL** | 4531 |
| **FECHA DE ACTA DE INICIO** | 11 DE JULIO 2024 |
| **FECHA DE TERMINACION CONTRATO** | 31 DE JULIO DE 2024 |
| **SUPERVISOR DEL CONTRATO** | MARIO JAVIER MANCERA SIERRA |

Entre los suscritos, **MARIO JAVIER MANCERA SIERRA,** mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **85.203.465** expedida en **SANTA ANA**, obrando en calidad de **GERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO** quien actúa como supervisor del contrato **CD202433939** por otra parte **JACQUELINE POSADA MONROY**, identificado con la cedula de ciudadanía No **36.666.278** en su condición de contratista se reunieron para firmar acta de finalización de contrato.

Por último el hospital se declara que no existe emolumento alguno entre las partes y con todo concepto respecto de las obligaciones mutuas pactadas en el contrato prestación de servicios en referencia.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta a los **(31** días, del mes de **(JULIO)** del año **(2024)**.

SUPERVISOR,

**MARIO JAVIER MANCERA SIERRA**
**85.203.465 de Santa Ana**

CONTRATISTA,

**JACQUELINE POSADA MONROY**
**36.666.278 de Santa Marta**

COPIA