ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

NIT: 891780185
CARRERA 14 #23-42
4346262

AÑO: 2024 NÚMERO DE ACUERDO: 004 FECHA: 12/07/2024

REGISTROS PRESUPUESTALES No. 4600

LA PROFESIONAL UNIVERSITARIA DE PRESUPUESTO

CERTIFICA

CERTIFICADO DISPONIBILIDAD No.722

TERCERO: 36723988 - MORRON MARQUEZ SANNYLORENA

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 3917

VALOR: $ 2,400,000.00

DOS MILLONES CUATROCIENTOS 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		2,400,000

Contrato	No. Contrato	Fecha Inicial	Fecha Final
PRESTACION DE SERVICIOS	3917		

LEDYS GALINDO MORALES
PROFESIONAL UNIVERSITARIO PRESUPUESTO

USUARIO IMPRIME: MAURICIO JOSE LASTRE MANCERA
IMPRESO POR: Sistemas CitiSalud SAS
ELABORADO POR: MAURICIO JOSE LASTRE MANCERA

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

PARA: GRUPO DE TRABAJO DE CONTABILIDAD
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
CD20243917	SANNY LORENA MORRON MARQUEZ	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)

ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20243917 DEL 2024

NO. DEL CONTRATO	**CD20243917**
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**SANNY LORENA MORRON MARQUEZ**
NO. DE IDENTIDAD	36723988
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	2400000
FORMA DE PAGO	El HUJMB cancelará al CONTRATISTA 1 cuota, por valor DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/L. ($2400000) 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	4600
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. **CD20243917** y por la otra **SANNY LORENA MORRON MARQUEZ** 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 **12** días, del mes de julio del año **2024**.

SUPERVISOR,

NORA ELVIRA ANILLO ROMERO
C.C Nº. 45.523.791

CONTRATISTA,

SANNY LORENA MORRON MARQUEZ
36723988

COPIA NO 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
SANNY LORENA MORRON MARQUEZ
CON C.C N° 36,723,988

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.	CD20243917			DE FECHA		12/07/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$2.400.000			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:		$2.400.000
N° PAGO / N° DE INFORME::	1 DE 1	N° CRP:	4600	N° CDP:		722
PLAZO DEL CONTRATO	(1) UN MES	FECHA DEL ACTA DE INICIO:	12/07/2024			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	FACTURACION					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIO 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:	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
1	Direcionamiento del usuario en sala de consulta externa
2	Verificacion de derechos de usuarios
3	Facturacion de procedimientos ambulatorios y consulta externa total de facturas realizadas 836 por valor de $129.365.803 en el mes de Julio mutual ser $870.100, Cajacopi $1.936.800, Coosalud $103.373.131, Compensar $379.900, Famisanar $1.057.800, Sanitas $2.252.000, Fiduprevisora $1.399.800, Fideicomiso $13.727.992, Nueva eps $2.984.080, Particular $928.600, Quimiosalud $153.200, Familiar de Colombia $134.400.
4	Anulacion de facturas de diferentes EPS mes de Julio
5	Impresión de manillas de usuarios hospitalizados y ambulatorios
6	Coordinar area facturacion de consulta externa y procedimiento

No. DE PLANILLA:	9469539064	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	11/06/2024	162,500
PENSIÓN:	PORVENIR	11/06/2024	208,000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	11/06/2024	31,700

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:	Sanny Morron Marquez
N°. IDENTIFICACIÓN:	CC 36723988

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
CARRERA 14 #23-42 Tel. 4346262
NIT: 891780185 - 2

LUGAR FACTURACION: ESE JULIO MENDEZ BARRENECHE

Codigo Habilitación No. 470010065001

RESOLUCION DE FACTURACION ELECTRONICA No 18764059556598 DESDE ESE 242900 HASTA ESE 1000000 VIGENCIA 12 MESES A PARTIR DE 08 DE NOVIEMBRE DE 2023

SERVICIO: CONSULTA EXTERNA

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 358922
FECHA: 26/07/2024 07:37:00

Empresa Responsable Cuenta
Nit: 900226715-3 COOSALUD
Contrato: COOSALUD CONT 2024

Autorización: 3117840

Paciente:	RAFAEL TORRES ACOSTA	**Tipo / No. Documento:**	CC 19610184	**Edad:**	70 A 10 M 2 D
Dirección:	BARRIO CARTAGENA BONDA	**Telefono:**	3212534661	**Carnet:**	
Estrato:	Categoria A	**T. Usuario:**	Contributivo	**N° Admisión:**	407548

Ingreso: 26/07/2024 08:20:00 **Egreso:** 26/07/2024 08:39:00 **Dx Egreso:**

Observación:

Usuario que Elabora: CECILIA PAOLA GONZALEZ OROZCO

Impreso por Sistemas Citisalud SAS Nit. 900366967-2

CUFE:
Fecha y Hora de Aceptación DIAN

	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
SANNY LORENA MORRON MARQUEZ
CON C.C N° 36,723,988

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.	**CD20243917**		**DE FECHA**		12/07/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	**$2.400.000**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:**		**$2,400.000**
N° PAGO / N° DE INFORME::	1 DE 1	**N° CRP:**	4600	**N° CDP:**	722
PLAZO DEL CONTRATO	(1) UN MES	**FECHA DEL ACTA DE INICIO:**	12/07/2024		
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9469539064	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	FACTURACION				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIO 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 HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ESTABLECIDAS EN SU 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° 1 (UNO) de 1 (UNO) JULIO 2024

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	
N°. IDENTIFICACIÓN:	CC.85.203.465

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
CARRERA 14 #23-42 Tel. 4346262
NIT: 891780185 - 2

LUGAR FACTURACION: ESE JULIO MENDEZ BARRENECHE

Codigo Habilitación No. 470010065001

RESOLUCION DE FACTURACION ELECTRONICA No 18764059556598 DESDE ESE 242900 HASTA ESE 1000000 VIGENCIA 12 MESES A PARTIR DE 08 DE NOVIEMBRE DE 2023

SERVICIO: CONSULTA EXTERNA

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. 358922
FECHA: 26/07/2024 07:37:00

Empresa Responsable Cuenta
Nit: 900226715-3 COOSALUD
Contrato: COOSALUD CONT 2024

Autorización: 3117840

Paciente:	RAFAEL TORRES ACOSTA	**Tipo / No. Documento:**	CC 19610184	**Edad:**	70 A 10 M 2 D
Dirección:	BARRIO CARTAGENA BONDA	**Telefono:**	3212534661	**Carnet:**	
Estrato:	Categoria A	**T. Usuario:**	Contributivo	**N° Admisión:**	407548

Ingreso: 26/07/2024 08:20:00 **Egreso:** 26/07/2024 08:39:00 **Dx Egreso:**

Observación:

Usuario que Elabora: CECILIA PAOLA.GONZALEZ OROZCO

Impreso por Sistemas Citisalud SAS Nit. 900366967-2

CUFE:
Fecha y Hora de Aceptación DIAN

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 36723988		MORRON MARQUEZ SANNY LORENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	transversal 9c #34-123	SANTA MARTA-MAGDALENA	4353437	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	780016753	9469539064	I	2024/07/22	2024/07/16	BANCO CAJA SOCIAL	0	$402,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	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 36723988	MORRON SANNY	231001	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	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 36723988		MORRON MARQUEZ SANNY LORENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	transversal 9c #34-123	SANTA MARTA-MAGDALENA	4353437	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	780016753	9469539064	I	2024/07/22	2024/07/16	BANCO CAJA SOCIAL	0	$402,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$0	$0	$31,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$31,700	$0	$0	$31,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$402,200	$0	$0	$402,200

2024/07/16 08:48 AM

CUENTA DE COBRO

DATOS DEL CONTRATISTA		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/07/2024	
NOMBRES Y APELLIDOS:	SANNY LORENA MORRON MARQUEZ	CC:	36723988
		RUT:	36723988-5
CORREO ELECTRÓNICO:	sannymarquez80@gmail.com	TELÉFONO:	3007393921
DIRECCIÓN DOMICILIO:	transversal 9c #34-123	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 CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORRO	N° CUENTA:	24054685884

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	CD20243917	N° RP:	4600	N° CDP:	722	PLAZO - DURACIÓN: 1 MES
¿ADICIÓN O PRORROGA?	NO	TIEMPO PRORROGADO		NO		VALOR ADICIONADO: NO
FECHA DE INICIO CONTRATO	12/07/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31 DE JULIO DE 2024		VALOR DEL CONTRATO: 2,400,000
N° CDP (ADICIÓN):	NO	OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL GRUPO DE TRABAJO 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		
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO?		2,400,000				

Firma del Contratista

Sanny Morron Marquez

SANNY LORENA MORRON MARQUEZ

C.C 36,723,988 DE SANTA MARTA

Usuario	DesEmp	DesDoc	NF	DPac	Nombre	Fecha	VTProced	VTEmp
jm1028 - Ll	CAJACOPI E	FACTURA D	357886	36726295	MYRIAM S	24/07/202	60000	60000

E.S.E. Hospital Universitario JULIO MENDEZ BARRENECHE	ACTA FINAL	CÓDIGO: GJC26F VERSIÓN: 01 FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024 Página **1** de **1**

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20243917 DEL 2024

NO. DEL CONTRATO	CD20243917 DEL 2024
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	SANNY LORENA MORRON MARQUEZ
NO. DE IDENTIDAD	36723988
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.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	2.400.000
FORMA DE PAGO	MENSUAL
PLAZO DE EJECUCIÓN	1 MES
CDP	722
REGISTRO PRESUPUESTAL	4600
FECHA DE ACTA DE INICIO	12 DE JULIO DE 2024
FECHA DE TERMINACION CONTRATO	31 DE JULIO DE 2024
SUPERVISOR DEL CONTRATO	MARIO MANCERA SIERRA

Entre los suscritos, **MARIO MANCERA SIERRA,** mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **85.203.465** expedida en SANTA ANA, obrando en calidad de Profesional Universitario - Contabilidad quien actúa como supervisor del contrato **CD20243917** por otra parte **SANNY LORENA MORRON MARQUEZ**, identificado con la cedula de ciudadanía No. **36723988** 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 MANCERA SIERRA
C.C.85.203.465

CONTRATISTA,

SANNY LORENA MORRON MARQUEZ
C.C.36.723.988


IDENTIFICACIÓN PERSONAL
BOTTO HINCAPIE
CRISTIAN JAVIER


11-FEB-1978
(MAGDALENA)
1.74
O+
M
24-MAY-1996 SANTA MARTA