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

AÑO: 2024 NÚMERO DE ACUERDO: 004 FECHA: 18/07/2024

REGISTROS PRESUPUESTALES No. 4663

LA PROFESIONAL UNIVERSITARIA DE PRESUPUESTO

CERTIFICA

CERTIFICADO DISPONIBILIDAD No.722

TERCERO: 1123400453 - RAMIREZ PAUTT BRANDY YULEISI DEL CARMEN

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 3924

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	3924		

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	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
BRANDY YULEISIS DEL CARMEN RAMIREZ PAUTT
CON C.C Nº 1,123,400,453

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIO DE APOYO A LA GESTION PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL GRUPO DE TRABAJO DE FACTURAION DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20243924		DE FECHA		18/07/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$ 2,100,000		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:		$ 2,100,000
Nº PAGO / Nº DE INFORME::	(01) UNO DE (01) UNO	Nº CRP:	4663	Nº CDP:	722
PLAZO DEL CONTRATO	31/07/2024	FECHA DEL ACTA DE INICIO:		18/07/2024	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	AREA DE 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	ALISTAMIENTO DE FACTURAS DE URGENCIAS DE LAS EAPB DE MUTUAL SER EN EL MES DE JULIO
2	VERIFIQUE UN LISTADO DE FACTURAS SI ESTAN EN CUENTA DE COBRO
3	REALICE CUENTAS DE COBRO DE COOSALUD Y FOMAG DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA Y URGENCIA
4	REALICE ENVIO DE FACTURACON ELECTRONICA DE LA EPS DE MUTUALSER

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9469142587	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	CAJACOPI	22/07/2024	$ 162,500
PENSIÓN:	PORVENIR	22/07/2024	$ 208,000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	22/07/2024	$ 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:	
Nº. IDENTIFICACIÓN:	1,123,400,453

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: 30/07/2024	

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y BRANDYYULEISIS DEL CARMEN RAMIREZ PAUTT CON C.C Nº 1,123,400,453						
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.		**CD20243924**		**DE FECHA**		18/07/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$ 2,100,000.00			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:**		$ 2,100,000
Nº PAGO / Nº DE INFORME::	(01) UNO DE (01) UNO		**Nº CRP:**	4663	**Nº CDP:**	722
PLAZO DEL CONTRATO	31/07/2024		**FECHA DEL ACTA DE INICIO:**		18/07/2024	
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		9469142587	**OPERADOR:**		APORTES EN LINEA	
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:	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.						

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 articulo 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 Nº (01) UNO de (01) UNO

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	
Nº. IDENTIFICACIÓN:	85,203,465

CUENTA DE COBRO

DATOS DEL CONTRATISTA		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/07/2024	
NOMBRES Y APELLIDOS:	BRANDYYULEISIS DEL CARMEN RAMIREZ PAUTT	CC:	1123400453
		,	1123400453-7
CORREO ELECTRÓNICO:	brandypautt@gmail.com	TELÉFONO:	3148476361
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CIUDAD EQUIDAD MANZANA 9 CASA 78	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 DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORRO	N° CUENTA:	488443914467

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	CD20243924	N° RP:	4663	N° CDP:	722	PLAZO - DURACIÓN: 1 MES
¿ADICIÓN O PRORROGA?	NO	TIEMPO PRORROGADO		NO		VALOR ADICIONADO: NO
FECHA DE INICIO CONTRATO	01/07/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31 DE JULIO DE 2024		VALOR DEL CONTRATO: 2.100.000
N° CDP (ADICIÓN):	NO	OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIO DE APOYO A LA GESTION PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL GRUPO DE TRABAJO DE FACTURAION 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?		$ 2,100,000				



Firma del Contratista

BRANDYYULEISIS DEL CARMEN RAMIREZ PAUTT
C.C 1123400453

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1123400453		RAMIREZ PAUTT BRANDYYULEISIS DEL CARMEN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CIUDAD EQUIDAD MANZANA 9 CASA 78	SANTA MARTA-MAGDALENA	4215056	Si

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	793050871	9469142587	I	2024/07/12	2024/07/22	BANCO DAVIVIENDA	10	$405,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre			Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
			ingret tde tae tdp tap vsp cor vst sln ige lma vac avp vct irl vip																							
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)							$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$31,700		$0	$0		$402,200
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		$402,200
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		$402,200
1	CC	1123400453	RAMIREZ BRANDYYULEISIS		230301	30	$1,300,000	$208,000	CCFC55	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,300,000	2.436%	$31,700	0	$0	$0	No	$402,200
Total		**Afiliados(1)**					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$31,700		$0	$0		$402,200

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1123400453		RAMIREZ PAUTT BRANDYYULEISIS DEL CARMEN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CIUDAD EQUIDAD MANZANA 9 CASA 78	SANTA MARTA-MAGDALENA	4215056	Si

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	793050871	9469142587	I	2024/07/12	2024/07/22	BANCO DAVIVIENDA	10	$405,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$1,600	$0	$209,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$1,600	$0	$209,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$300	$0	$32,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$31,700	$300	$0	$32,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$1,300	$0	$163,800
CAJACOPI	CCFC55	901,543,211	6	1	$162,500	$1,300	$0	$163,800
TOTAL				**1**	**$402,200**	**$3,200**	**$0**	**$405,400**

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

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20243924 DEL 2024

NO. DEL CONTRATO	CD20243924 DEL 2024
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	BRANDYYULEISIS DEL CARMEN RAMIREZ PAUTT
NO. DE IDENTIDAD	C.C 1.123.400.453
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	2.100.000
FORMA DE PAGO	EL HUJMB CANCELARA AL CONTRATISTA EN 1 PAGO POR VALOR DE (2.100.000) PARCIALES, DE CONFORMIDAD CON EL INFORME DE LA EJECUCION DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES REALIZADAS, PREVIAS CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO EXPEDIDA POR PARTE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO.
PLAZO DE EJECUCIÓN	EL PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO ES APARTIR DE LEGALIZACION (REGISTRO PRESUPUESTAL (RP) Y SUSCRIPCION ACTA DE INICIO) HASTA EL 31 DE JULIO 2024.
CDP	722
REGISTRO PRESUPUESTAL	4663
FECHA DE ACTA DE INICIO	18/07/2024
FECHA DE TERMINACION CONTRATO	31/07/2024
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 **CC 85.203.465** expedida en **SANTA ANA (MAGDALENA)**, obrando en calidad de **PROFESIONAL UNIVERSITARIO – CONTADOR** quien actúa como supervisor del contrato **CD20243924** por otra parte **BRANDYYULEISIS DEL CARMEN RAMIREZ PAUTT**, identificado con la cedula de ciudadanía No.**1.123.400.453** 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
CC 85.203.465 DE SANTA ANA

CONTRATISTA,

BRANDYYULEISIS DEL CARMEN RAMIREZ PAUTT
CC 1.123.400.453