**CLARA INES RADA MARTINEZ**
**36454177**
**ALTOS DE MALLORCA TORRE 19 APTO 304**
**3004325002**
**CRADAM1415@GMAIL.COM**

# CUENTA DE COBRO

## DATOS PERSONALES

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Diligenciamiento:** | **2024-08-28** | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS: | CLARA INES RADA MARTINEZ | | |
| DOCUMENTO: | 36454177 | | |
| DIRECCIÓN: | ALTOS DE MALLORCA TORRE 19 APTO | TELÉFONO: | 3004325002 |
| CORREO ELECTRONICO: | CRADAM1415@GMAIL.COM | | |

**Manifiesto bajo la gravedad del juramento que en la declaración de renta del año gravable 2024 no tomaré costos y deducciones**

## DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N° CONTRATO: | CD20244309 | | | | | | |
| 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. | | | | | | |
| RP: | 4849 | CDP: | 779 | FECHA INICIO: | 2024-08-03 | FECHA FINAL: | 2024-09-30 |
| VALOR CONTRATO: | 3.800.000,00 | | | VALOR A PAGAR: | 1.900.000,00 | | |
| BANCO A CONSIGNAR: | BANCO DE BOGOTA | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | No. CUENTA: | 235302486 |
| CDP - ADICION: | 0 | RP - ADICION: | 0 | VALOR CONTRATO CON ADICION: | 0,00 | | |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **Agosto** | | | | | | |

## FIRMA

Clara Ines Rada

CLARA INES RADA MARTINEZ
C.C. 36454177 expedida en FUNDACION

| | | |
|---|---|---|
| HUJMB E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO** | CODIGO: GJC23F<br>VERSION: 003<br>FECHA DE ULTIMA REVISION: 22/08/2024<br>PAGINA 1 de 1 |

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

**CLARA INES RADA MARTINEZ**

**CON C.C N° 36454177**

**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.** | **CD20244309** | **DE FECHA INICIO** | 3/8/2024 | |

| ITEM | II. 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 agosto asigne 858 citas ventanilla de fomag solicite a la coordinacion extra cupos para garantizar la atencion oportuna de los ptes de posoperatorio |
| 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 | Se brindo informacion necesaria solicitada por los usuarios que se comunican por los diferentes canales habilitados por el servicio del call center |
| 4 | Durante el mes de agosto realice mis actividades de la siguientes manera: Estuve en Dyalodo, ingrese pacientes de lista de espera y reprogramacion. |
| 5 | Realice la adecuda utilizacion de Sofware Tropa (citisalud) |
| 6 | Se realizó la correcta asignacion de citas en la fecha disponible mas cercana, teniendo en cuenta la oportunidad de las especialidades. |
| 7 | Informe a la coordinacion de las anomalias presentadas por el sottware |
| 8 | Guarde absoluta reserva de la informacion suministrada por el HUJMB |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | **9470725051** | **OPERADOR:** | **APORTES EN LINEA** |
| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
| **SALUD:** | **SALUD TOTAL** | **26/8/2024** | **$ 162.500** |
| **PENSIÓN:** | **PORVENIR** | **26/8/2024** | **$ 208.000** |
| **RIESGOS LABORALES:** | **POSITIVA** | **26/8/2024** | **$ 31.700** |

**IV.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.

**V. 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:** | Clara Ines Rada |
| **N°. IDENTIFICACIÓN:** | 36454177 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| HJMB E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | FORMATO INFORME DE SUPERVISOR | Código: GJC22F | Versión: 1 |
| | | FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/01/2024 | |

**CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y CLARA INES RADA MARTINEZ identificado con C.C. 36454177**

| | |
|---|---|
| Fecha de Diligenciamiento: | 2024-08-28 |

## I. DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| | |
|---|---|
| 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. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| N° CONTRATO: | CD20244309 | RP: | 4849 | CDP: | 779 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO: | 3.800.000,00 | VALOR DE HONORARIOS PERIODO: | 1.900.000,00 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| FECHA DEL ACTA DE INICIO: | 2024-08-03 | FECHA DE FINALIZACION: | 2024-09-30 |

| | |
|---|---|
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | CINDY SALLANNY MATTOS FIGUERA |
| UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | UNIDAD FUNCIONAL DE SISTEMAS DE INFORMACION Y TIC |

## II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CDP - ADICION: | 0 | RP - ADICION: | 0 | VALOR CONTRATO CON ADICION: | 0,00 |

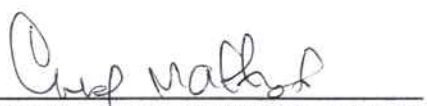
## III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

## IV. CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS

1. El contrato se encuentra debidamente legalizado: SI
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: SI
3. Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en su respectiva carpeta contractual: SI
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: SI

Teniendo en cuenta lo anterior, en mi calidad de supervisor doy visto bueno para el respectivo pago correspondiente al periodo del mes de Agosto

## V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES



CINDY SALLANNY MATTOS FIGUERA
55220303
UNIDAD FUNCIONAL DE SISTEMAS DE INFORMACION Y TIC

en linea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 36454177 | | RADA MARTINEZ CLARA INES | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | altos de mayorca | SANTA MARTA-MAGDALENA | 5555555 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-07 | 2024-07 | 9470725051 | 9470725051 | I | 2024/08/21 | 2024/08/26 | BANCO DE BOGOTA | 5 | $403,900 |

**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 36454177 | RADA CLARA | 230201 | 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 |

en linea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 36454177 | | RADA MARTINEZ CLARA INES | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | altos de mayorca | SANTA MARTA-MAGDALENA | 5555555 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-07 | 2024-07 | 9470725051 | 9470725051 | I | 2024/08/21 | 2024/08/26 | BANCO DE BOGOTA | 5 | $403,900 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $208,000 | $800 | $0 | $208,800 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 1 | $208,000 | $800 | $0 | $208,800 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $31,700 | $200 | $0 | $31,900 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $31,700 | $200 | $0 | $31,900 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $162,500 | $700 | $0 | $163,200 |
| SALUD TOTAL | EPS002 | 800,130,907 | 4 | 1 | $162,500 | $700 | $0 | $163,200 |
| TOTAL | | | | 1 | $402,200 | $1,700 | $0 | $403,900 |



2024/08/24 11:22 AM