KELLY PATRICIA SMITH CUAN
1082857863
MANZANA 128 CASA 3 CIUDADELA 29 DE JULIO
3044848549
KELLYSMITH385.KS@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2024-09-25**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	KELLY PATRICIA SMITH CUAN		
DOCUMENTO:	1082857863		
DIRECCIÓN:	MANZANA 128 CASA 3 CIUDADELA 29 [	TELÉFONO:	3044848549
CORREO ELECTRONICO:	KELLYSMITH385.KS@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:	CD20244238
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.

RP:	4961	CDP:	779	FECHA INICIO:	2024-08-05	FECHA FINAL:	2024-09-30

VALOR CONTRATO:	4.200.000,00	VALOR A PAGAR:	2.100.000,00

BANCO A CONSIGNAR:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	116570020028

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

PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Septiembre**

FIRMA

Kelly Smith Cuan

KELLY PATRICIA SMITH CUAN
C.C. 1082857863 expedida en SANTA MARTA

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. CD20244238 DEL 2024

NO. DEL CONTRATO	**CD20244238 DEL 2024**
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	KELLY PATRICIA SMITH CUAN
NO. DE IDENTIDAD	1.082.857.863
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIO DE APOYO A LA GESTION PARA RELIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL GRUPO DE TRABAJO DE FACTURACION DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	4.200.000
FORMA DE PAGO	MENSUAL
PLAZO DE EJECUCIÓN	2 MES SIN EXCEDER HASTA EL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2024
CDP	No. 779
REGISTRO PRESUPUESTAL	No. 4961
FECHA DE ACTA DE INICIO	05/08/2024
FECHA DE TERMINACION CONTRATO	30/09/2024
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 **PROFESIONAL UNIVERSITARIO- CONTABILIDAD** quien actúa como supervisor del contrato **CD20244238** por otra parte **KELLY PATRICIA SMITH CUAN,** identificado con la cedula de ciudadanía No **1.082.857.863,** 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 30 dias del mes **SEPTIEMBRE** del año **2024**.

SUPERVISOR,

MARIO JAVIER MANCERA SIERRA
85.203.465

CONTRATISTA,

KELLY PATRICIA SMITH CUAN
1.082.857.863

HUJMB JULIO MENDEZ BARRENECHE	FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	CODIGO: GJC23F VERSION: 003 FECHA DE ULTIMA REVISION: 22/08/2024 PAGINA 1 de 1

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y KELLY PATRICIA SMITH CUAN CON C.C N° 1.082.857.863			
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS ADMINISTRATIVO DEL GRUPO DE TRABAJO DE FACTURACION DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20244238	DE FECHA INICIO	5/8/2024

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 específicas del objeto del contrato)
1	Obre con diligncias y cuidado necesario en los asuntos que me asigno el supervisor o jefe inmediato
2	Facture las historias clinicas en el servicio de urgencia y hospitalizacion por un valor de $ 189.063.476
3	Realice cierre de facturas y verificacion de tarifas pactadas entre la entidad responsable de pago y la E.S.E
4	Organice y facture las historias clinicas en el area de urgencias y hospitalizacion
5	Cargue los estudios tipo imágenes y demas elementos de apoyo diagnostico de pacientes hospitalizados
6	Cargue digitacion y liquidacion de informacion de historias clinicas de los servicios prestados en la E.S.E para radicacion de cuentas
7	Mutualser 20 $ 93564.460, Cajacopi 15 $ 16.297.663, Capital salud 1 $ 1.700.884, Coosalud 82 $ 88.155.823, Anas wayuu 1 $ 85.400, Famisanar 7 $ 11.888.681, Sanitas 10 $ 12.116.596, Ppl 2 $ 475682, Nueva eps 25 $ 26.330.573, Salud total 7 $ 8.916.237, secretaria 9 $ 8.777.06030.366.944, Adres 2 $ 1.460.900, Dusakawi 1 $ 85.400, Savia salud 1 $ 1.609.992, Dusakawi 1 $ 85.400, Union temporal1 $ 1.240.813

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	9472019067	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	MUTUAL SER	23/9/2024	162,500
PENSIÓN:	COLFONDOS	23/9/2024	208,000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	23/9/2024	31,700

IV.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.

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:	Kelly Smith Cuan
N°. IDENTIFICACIÓN:	1.082.857.863

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 1082857863		SMITH CUAN KELLY PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	mz 128 cs 3 ciudadela 29 de julio	SANTA MARTA-MAGDALENA	4409032	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-08	08244878	9472019067	I	2024/09/13	2024/09/23	BANCO DE OCCIDENTE	10	$405,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION				SALUD				CCF			RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres		Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	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	1082857863	SMITH KELLY		231001	30	$1,300,000	$208,000	ESSC07	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

2024/09/23 04:28 PM

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ 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 KELLY PATRICIA SMITH CUAN identificado con C.C. 1082857863

Fecha de Diligenciamiento:	2024-09-25

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

N° CONTRATO:	CD20244238	RP:	4961	CDP:	779
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	4.200.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:			2.100.000,00
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2024-08-05	FECHA DE FINALIZACION:			2024-09-30
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIO JAVIER MANCERA SIERRA				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	GRUPO DE TRABAJO DE CONTABILIDAD				

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 Septiembre

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

MARIO JAVIER MANCERA SIERRA
85203465
GRUPO DE TRABAJO DE CONTABILIDAD