CAROLAIN ANDREA DURAN RIOS
1082890505
MZ 31 CASA 7 CIUDADELA 29 DE JULIO
3186588507
CAROLAYDURAN036@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2024-09-25**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	CAROLAIN ANDREA DURAN RIOS		
DOCUMENTO:	1082890505		
DIRECCIÓN:	MZ 31 CASA 7 CIUDADELA 29 DE JULIO	TELÉFONO:	3186588507
CORREO ELECTRONICO:	CAROLAYDURAN036@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:	CD20244217
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:	4952	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:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	564847606

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

PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Septiembre**

FIRMA

CAROLAIN ANDREA DURAN RIOS
C.C. 1082890505 expedida en SANTA MARTA

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

CAROLAIN ANDREA DURAN RIOS

CON C.C Nº 1.082.890.505

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

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		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20244217**	**DE FECHA INICIO**	05/08/2024

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	Cumplo con las actividades asignadas por el supervisor , en el servicio Gineco-bstetricia y urgencia ginecologica
2	Realice el cargue y descargue de 138 historias clinicas en el sistema de informacion Citisalud y realice el cierre de facturas en el mes de SEPTIEMBRE por un valor total de $ 588.900.825 en el servicio de Ginecobstetricia y Urgencia Ginecologica, Mutual ser 10, cajacopi 12, coosalud 68, famisanar 4, Nueva eps 18, secretaria distrital 17, Dusakawi 1, sanitas 3, Departamento 1, Anas wuayu 1, Polocia, Salud total 2 y savia salud 1.
3	Realice el cargue diario de procedimientos de apoyo diagnosticos en pacientes hospitalizados.
4	Si, realizo el cierre de las facturas previamente verificadas y auditadas, tambien realice la auditoria de historias clinicas por un valor menos a $3.000.000 y generar las factuas de las mismas
5	Durante el mes he realizado 138 egresos y facturados por un valor $588.900.068. en el servicio Ginecobstetricia y Urgencia ginecologica 3 piso
6	Durante el mes de SEPTIEMBRE cumpli con los turnos de fines de semana asignados por mi coordinado.

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**30802264**	**OPERADOR:**	**ASOPAGOS**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**MUTUALSER**	**23/09/2024**	**162,500**
PENSIÓN:	**PROTECCION**	**23/09/2024**	**208,000**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**23/09/2024**	**31,700**

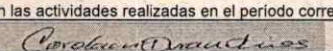
IV.DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

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:	
Nº. IDENTIFICACIÓN:	**1.082.890.505**

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	CAROLAIN ANDREA DURAN RIOS
IDENTIFICACIÓN:	CC-1082890505
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-09-23
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-09-23
FECHA DE PAGO:	2024-09-23
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE BOGOTA
PERÍODO PENSIÓN:	2024-08
PERÍODO SALUD:	2024-08
NÚMERO PLANILLA:	30802264
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	30802264
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
ESSC07	806008394	EPS-S MUTUAL - MOV	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 2.400	$ 162.500	$ 164.900
230201	800229739	PROTECCION	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 3.100	$ 208.000	$ 211.100
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 500	$ 31.700	$ 32.200
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 6.000	$ 402.200	$ 408.200

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	02/10/2024

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE

GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20244217 DEL 2024

NO. DEL CONTRATO	**N° CD20244217** DEL 2024
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	CAROLAIN ANDREA DURAN RIOS
NO. DE IDENTIDAD	1.082.890.505
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL GRUPO DE FACTURACION DE LA E.S.E HOSPITAL UNIESITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	(CUATRO MILLONES DOCIENTOS MIL PESOS) $ 4.200.000
FORMA DE PAGO	El HUJMB cancelará al CONTRATISTA 2 pagos por valor **de DOS MILLONES CIEN MIL PESOS M/L ($2.100.000) C/U**, de conformidad con el informe de la ejecución de las actividades contractuales realizadas, previa certificación de cumplimiento de expedida por parte del Supervisor el contrato.
PLAZO DE EJECUCIÓN	EL PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO ES APARTIR DE SUS LEGALIZACION (REGISTRO PRESUPUESTAL (RP) Y SUSCRIPCION ACTA DE INICIO) HASTA EL 30 DE SEPTIEMBRE 2024
CDP	**779**
REGISTRO PRESUPUESTAL	**4952**
FECHA DE ACTA DE INICIO	05 DE AGOSTO 2024
FECHA DE TERMINACION CONTRATO	30 DE SEPTIEMBRE 2024
SUPERVISOR DEL CONTRATO	MARIO JAVIER MANCERA SIERRA

Entre los suscritos, **MARIO JAVIER MANCERA SIERRA,** mayor de edad, identificado 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 **Nª CD20244217**, por otra parte **CAROLAIN ANDREA DURAN RIOS** identificado con la cedula de ciudadanía No.**1.082.890.505** expedida en Santa Marta, 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 días de Septiembre de 2024

MARIO JAVIER MANCERA SIERRA
CC. 85.203.465
SUPERVISOR

Carolain Duran Rios
CAROLAIN ANDREA DURAN RIOS
1.082.890.505
CONTRATISTA

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 CAROLAIN ANDREA DURAN RIOS identificado con C.C. 1082890505

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:	CD20244217	RP:	4952	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