EFRAIN ALBERTO MOZO SILVA
84451869
MZ 101 CASA 5 CIUDADELA 29 JULIO
3006620054
EFRAINMOZOSILVA@HOTMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	2024-08-28		
NOMBRES Y APELLIDOS:	EFRAIN ALBERTO MOZO SILVA		
DOCUMENTO:	84451869		
DIRECCIÓN:	MZ 101 CASA 5 CIUDADELA 29 JULIO	TELÉFONO:	3006620054
CORREO ELECTRONICO:	EFRAINMOZOSILVA@HOTMAIL.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:	CD20244320
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:	4879	CDP:	779	FECHA INICIO:	2024-08-05	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:	564846376
CDP - ADICION:	0	RP - ADICION:	0	VALOR CONTRATO CON ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Agosto**						

FIRMA

EFRAIN ALBERTO MOZO SILVA
C.C. 84451869 expedida en SANTA MARTA

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 EFRAIN ALBERTO MOZO SILVA CON C.C N° 84,451,869			
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.	CD20244320	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 especificas del objeto del contrato)
1	Durante el mes de Agosto estuve respondiendo whatsApp
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 habilit-dos por el servicio del call center
4	Durante el mes de Agosto realice mis actividades de la siguientes manera: estuve en ventanilla de consulta de codigo (WhatsApp) y call center
5	Realice la adecuda utilizacion de Sofware Tropa (citisalud)
6	Se realizó la correcta asignacion de ci[illegible]en la fecha disponible mas cercana, teniendo en cuenta la oportunidad de las especialidades.
7	Informe a la coordinacion de las anoma[illegible].s presentadas por el sottware
8	Guarde absoluta reserva de la informacion suministrada por el HUJMB
9	Se cumplió con el horario asignado por el area, para to[illegible]s las necesidades presentadas durante todo el mus de Agosto

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	4560743576	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COOSALUD	12/8/2024	162,500
PENSIÓN:	PROTECCION	12/8/2024	208,000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	12/8/2024	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 da la Segundad 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 periodo correspondiente

FIRMA DEL CONTRATISTA:	Efrain M.S
N°. IDENTIFICACIÓN:	84,451,869

HJMB 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 EFRAIN ALBERTO MOZO SILVA identificado con C.C. 84451869

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:	CD20244320	RP:	4879	CDP:	779

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

FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2024-08-05	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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

CACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	84451869
ÓN SOCIAL:			EFRAIN ALBERTO MOZO SILVA
CIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
	MNZ 101 CASA 5 CIUDADELA	TELÉFONO:	4200000
NTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
A:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
ESENTACIÓN:	ÚNICO		NO
EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA:			4560743576	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES	julio AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	julio AÑO	2024
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaammdd):			2024/08/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			999963049

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
	230201- PROTECCION	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 0	$ 208.000
										$ 208.000	**$ 0**	**$ 208.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
	EPS042 - COOSALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500
													$ 162.500	**$ 0**	**$ 0**	**$ 162.500**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 31.700	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 31.700
									$ 31.700	**$ 0**	**$ 0**	**$ 31.700**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE							NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																										PARAFISCALES						
																									PENSIÓN								SALUD						ARP							CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	IRL	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
MOZO SILVA EFRAIN ALBERTO	CO-DEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000			NO																		230201-PROTECCION	30	1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	P5042 - COOSALUD	30	1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	1.300.000	$ 84451869	$ 31.700	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 402.200

AM USUARIO SOI ESAY