NARCY YULIETH OLIVO CANTILLO
1082863948
CALLE 9G2 #59-54
3015742118
NARCYYULIETH@GMAIL.COM

# CUENTA DE COBRO

## DATOS PERSONALES

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Diligenciamiento:** | **2024-09-25** | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS: | NARCY YULIETH OLIVO CANTILLO | | |
| DOCUMENTO: | 1082863948 | | |
| DIRECCIÓN: | CALLE 9G2 #59-54 | TELÉFONO: | 3015742118 |
| CORREO ELECTRONICO: | NARCYYULIETH@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: | CD20244318 |
| 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: | 4982 | 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: | davivienda | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | No. CUENTA: | 488444112814 |

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

| | |
|---|---|
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **Septiembre** |

**FIRMA**

NARCY YULIETH OLIVO CANTILLO
C.C. 1082863948 expedida en SANTA MARTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| HJMB 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 NARCY YULIETH OLIVO CANTILLO identificado con C.C. 1082863948**

| 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 DEL CALL CENTER DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| N° CONTRATO: | CD20244318 | RP: | 4982 | 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

**Pendiente**

## 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

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

| HJMB JULIO MÉNDEZ 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<br>NARCY YULIETH OLIVO CANTILLO<br>CON C.C Nº 1082863948 | | | |
|---|---|---|---|
| **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. | CD20244318 | 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<br>(Deben ser coherentes con las actividades especificas del objeto del contrato) |
|---|---|
| 1 | DURANTE EL MES DE JULIO ASIGNE 306 CITAS, ATENDI 24 USUARIOS EN EL TURNERO, RESPONDI 987 WHATSAPP Y SOLICITE A COORDINACION EXTRA CUPOS PARA GARANTIZAR LA ATENCION |
| 2 | DURANTE EL MES DE JULIO APOYE EN LLAMADAS DE CONFIRMACION, ASIGNACION Y REPROGRAMACION DE CITAS |
| 3 | REALICE LA ADECUADA UTILIZACION DE SOFTWARE TOPRA (CITISALUD) |
| 4 | GUARDE ABSOLUTA RESERVA DE LA INFORMACION SUMINISTRADA POR EL HUJMB |
| 5 | SE CUMPLIO CON EL HORARIO ASIGNADO POR EL AREA, PARA TODAS LAS NECESIDADES PRESTADAS DURANTE TODO EL MES DE SEPTIEMBRE |

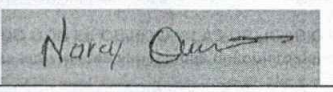
| III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | 4570828006 | OPERADOR: | SOI |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | NUEVA EPS | 24/9/2024 | 162.500 |
| PENSIÓN: | PORVENIR | 24/9/2024 | 208.000 |
| RIESGOS LABORALES: | POSITIVA | 24/9/2024 | 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: |  |
| Nº. IDENTIFICACIÓN: | 1082863948 |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1082863948 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | NARCY YULIETH OLIVO CANTILLO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | SANTA MARTA | DEPARTAMENTO: | MAGDALENA |
| DIRECCIÓN: | CALLE9GZ #59-54 | TELÉFONO: | 4209000 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Comercio al por mayor de computadores, equipo per |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | 4570828006 | TIPO DE PLANILLA | | | | INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | agosto | AÑO 2024 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | agosto | AÑO | 2024 |
| DÍAS DE MORA: | | | 13 | | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2024/09/24 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | | 4092418175 |

### TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 208.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 2.000 | $ 0 | $ 208.000 | $ 2.000 | $ 210.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 208.000** | **$ 2.000** | **$ 210.000** |

### TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS041 | NUEVA EPS CM | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 162.500 | $ 0 | $ 1.600 | $ 0 | $ 162.500 | $ 1.600 | $ 0 | $ 164.100 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 162.500** | **$ 1.600** | **$ 0** | **$ 164.100** |

### TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 31.700 | $ 31.700 | $ 400 | $ 0 | $ 32.100 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 31.700** | **$ 400** | **$ 0** | **$ 32.100** |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | 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 | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 1082863948 | OLIVO CANTILLO NARCY YULIETH | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.300.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.300.000 | $ 208.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 208.000 | NUEVA EPS CM | 30 | $ 1.300.000 | $ 162.500 | $ 0 | $ 162.500 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.300.000 | 108286394 | $ 31.700 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 406.200 |
|---|---|

Planilla Pagada

# ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20244318 DEL 2024

| | |
|---|---|
| NO. DEL CONTRATO | CD20244318 DEL 2024 |
| NOMBRE DEL CONTRATANTE | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA | NARCY YULIETH OLIVO CANTILLO |
| NO. DE IDENTIDAD | 1082863948 |
| 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 MÉNDEZ BARRENECHE. |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO | 3800000 ($TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE) |
| FORMA DE PAGO | El HUJMB cancelará al CONTRATISTA 2 cuota por valor de UN MILLON NOVECIENTOS MIL PESOS M/CTE ($1900000), de conformidad con el informe de la ejecución de las actividades contractuales realizadas, previa certificación de cumplimiento de expedida por parte del Supervisor del contrato. |
| PLAZO DE EJECUCIÓN | Previa legalización del contrato sin exceder 30 de septiembre de 2024. |
| CDP | 779 |
| REGISTRO PRESUPUESTAL | 4982 |
| FECHA DE ACTA DE INICIO | 05/08/2024 |
| FECHA DE TERMINACION CONTRATO | 30/09/2024 |
| SUPERVISOR DEL CONTRATO | PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL SISTEMA DE INFORMACION Y TIC |

Entre los suscritos, **CINDY SALLANNY MATTOS FIGUERA,** mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **55220303 expedida** en Barranquilla (Atlántico), obrando en calidad de **Profesional Especializado Unidad funcional Sistema de Información y TIC** quien actúa como supervisor del contrato **CD20244318** por otra parte **NARCY YULIETH OLIVO CANTILLO,** identificado con la cedula de ciudadanía No. **1082863948** 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, del mes de **septiembre** de 2024

SUPERVISOR,

CINDY SALLANNY MATTOS FIGUERA
55220303

CONTRATISTA,

NARCY YULIETH OLIVO CANTILLO
1082863948