EILIS SAYETH MELO MARTINEZ
1083452081
CALLE 47B N 21G - 33 BARRIO SANTA CRUZ
0000000
EILISMELO05@GMAIL.COM

# CUENTA DE COBRO

## DATOS PERSONALES

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Diligenciamiento:** | **2024-10-28** | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS: | EILIS SAYETH MELO MARTINEZ | | |
| DOCUMENTO: | 1083452081 | | |
| DIRECCIÓN: | CALLE 47B N 21G - 33 BARRIO SANTA | TELÉFONO: | 0000000 |
| CORREO ELECTRONICO: | EILISMELO05@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: | CD20245029 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL AREA DE AUTORIZACIONES Y ADMISIONES URGENCIAS DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE. |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| RP: | 6136 | CDP: | 1465 | FECHA INICIO: | 2024-10-14 | FECHA FINAL: | 2024-11-30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| VALOR CONTRATO: | 4.600.000,00 | VALOR A PAGAR: | 2.300.000,00 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| BANCO A CONSIGNAR: | BANCODE BOGOTA | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | No. CUENTA: | 235302734 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CDP ADICION: | N/A | RP ADICION: | N/A | VALOR ADICION: | 0,00 |

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

## FIRMA

Eilis Melo Martinez.
EILIS SAYETH MELO MARTINEZ
C.C. 1083452081 expedida en CIENAGA

| | | |
|---|---|---|
| HJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO 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**

**EILIS SAYETH MELO MARTINEZ**

**CON C.C Nº 1083452081**

**I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL AREA DE REFERENCIA-CONTRAREFERENCIA, AUTORIZACIONES Y ADMISIONES URGENCIAS DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **CD20245029** | **DE FECHA INICIO** | **15/10/2024** | |

| 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 | DIGITAR, IMPRIMIR Y ANEXAR A TODAS Y CADA UNA DE LAS RESPUESTAS OSTENIDAS POR LA ENTIDAD RESPONSABLE DE PAGO |
| 2 | DIARIAMENTE REVISAR CORREOS |
| 3 | REPORTAR EN LIBRO LOS PENDIENTES A DIARIO |
| 4 | REALIZAR CENSO DIARIO DEL PACIENTE QUE SE ENCUENTRAN EN LOS DIFERENTES SERVICIOS ASISTENCIALES DE LA ESE HUJMB |
| 5 | REALIZAR SEGUIMIENTO A LOS PACIENTES QUE INGRESAN POR URGENCIA Y ESTAN HOSPITALIZADOS |
| 6 | SOLICITUD DE AUTORIZACIONES |
| 7 | REGISTRAR EN EL DRIVE EL REPORTE DE SEGUIMIENTO DE AUTORIZACIONES |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | **7941209445** | **OPERADOR:** | **PAGO SIMPLE** |
| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
| **SALUD:** | **COOSALUD** | **18/10/2024** | **162.500** |
| **PENSIÓN:** | **PROTECCION** | **18/10/2024** | **208.000** |
| **RIESGOS LABORALES:** | **POSITIVA** | **18/10/2024** | **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:** | Eilis Melo Martinez |
| **Nº. IDENTIFICACIÓN:** | **1083452081** |

| | | |
|---|---|---|
| E.S.E. Hospital Universitario JULIO MÉNDEZ BARRENECHE | **ACTA INICIO** | CÓDIGO: GJC25F<br>VERSIÓN: 01<br>FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024<br>Página 1 de 1 |

**ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO.CD20245029 DEL 2024**

| | |
|---|---|
| NO. DEL CONTRATO | CD20245029 |
| NOMBRE DEL CONTRATANTE | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA | EILIS SAYETH MELO MARTINEZ |
| NO. DE IDENTIDAD | 1083452081 |
| OBJETO DEL CONTRATO | PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL AREA DE AUTORIZACIONES Y ADMISIONES URGENCIAS DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE. |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO | CUATRO MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M/L $4.600.000 |
| FORMA DE PAGO | El HUJMB cancelará al CONTRATISTA 2 cuota(s), por valor de DOS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS M/L. ( $2.300.000), de conformidad con el informe de la ejecución de las actividades contractuales realizadas, previa certificación de cumplimiento expedida por parte del Supervisor del contrato. |
| PLAZO DE EJECUCIÓN | Previa legalización del contrato sin exceder el 30/11/2024 |
| CDP | 1465 |
| REGISTRO PRESUPUESTAL | 6136 |
| SUPERVISOR DEL CONTRATO | GRUPO DE TRABAJO DE CONTABILIDAD |

Entre los suscritos a saber MARIO JAVIER MANCERA SIERRA, en su calidad de GRUPO DE TRABAJO DE CONTABILIDAD y quien actúa como Supervisor del contrato No. CD20245029 y por la otra, EILIS SAYETH MELO MARTINEZ, en calidad de contralista quienes se reúnen para dar inicio al contrato en mención, cuyo objeto es el mencionado en la parte superior del presente documento.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta a los **15 de octubre de 2024**

SUPERVISOR,

MARIO JAVIER MANCERA SIERRA
85203465

CONTRATISTA,

Eilis Melo Martinez.

EILIS SAYETH MELO MARTINEZ
1083452081

SOI

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ...CIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1083452081 |
| ...N SOCIAL: | | | ELIS SAYETH MELO MARTINEZ |
| ...O: | CIENAGA | DEPARTAMENTO: | MAGDALENA |
| | CALLE 35 N 18-55 BARRIO NELSON PEREZ | TELÉFONO: | 3246250 |
| | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otras actividades de servicios personales n.c.p. |
| ...ENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| ...NERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | 7941209445 | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES septiembre AÑO 2024 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES septiembre AÑO 2024 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2024/10/18 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 989524081 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

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

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NUMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR | LICENCIA MATERNIDAD NUMERO AUTORIZACIÓN | LICENCIA MATERNIDAD VALOR | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | LIQUIDACIÓN VALOR ADRES | MORA COTIZACIÓN | MORA VALOR ADRES | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ESSC24-COOSALUD ESS | 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 NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD IRP VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | TOTALES 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 |

Planilla Pagada

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

| ...MBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BASICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ...TINEZ ...ITH | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.300.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN

| ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201-PROTECCION | 30 | $ 1.300.000 | $ 208.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 208.000 |

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD

| ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|
| ESSC24-COOSALUD ESS | 30 | $ 1.300.000 | $ 162.500 | $ 0 | $ 162.500 |

SEGURIDAD SOCIAL – ARP

| ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|
| 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.300.000 | 108345208 | $ 31.700 |

PARAFISCALES

| DIAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 402.200 |
|---|---|

Planilla Pagada

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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 EILIS SAYETH MELO MARTINEZ identificado con C.C. 1083452081**

| Fecha de Diligenciamiento: | 2024-10-28 |
|---|---|

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

| | |
|---|---|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL AREA DE AUTORIZACIONES Y ADMISIONES URGENCIAS DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| N° CONTRATO: | CD20245029 | RP: | 6136.0 | CDP: | 1465 |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO: | 4.600.000,00 | VALOR DE HONORARIOS PERIODO: | 2.300.000,00 | | |
| FECHA DEL ACTA DE INICIO: | 2024-10-14 | FECHA DE FINALIZACION: | 2024-11-30 | | |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | MARIO JAVIER MANCERA SIERRA | | | | |
| UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | GRUPO DE TRABAJO DE CONTABILIDAD | | | | |

## II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CDP - ADICION: | N/A | RP - ADICION: | N/A | 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 Octubre

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

MARIO JAVIER MANCERA SIERRA
85203465
GRUPO DE TRABAJO DE CONTABILIDAD