MARIA CRISTINA POSADA GARZON
57441380
CALLE 25 # 18 BIS - 25 BARRIO SANTA KATALINA
3156821011
GAVA0212@HOTMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2024-10-28**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	MARIA CRISTINA POSADA GARZON		
DOCUMENTO:	57441380		
DIRECCIÓN:	CALLE 25 # 18 BIS - 25 BARRIO SANTA	TELÉFONO:	3156821011
CORREO ELECTRONICO:	GAVA0212@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:	CD20245100
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:	6138.	CDP:	1465	FECHA INICIO:	2024-10-15	FECHA FINAL:	2024-11-30
VALOR CONTRATO:	4.800.000,00			VALOR A PAGAR:	2.400.000,00		
BANCO A CONSIGNAR:	DAVIVIENDA			TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	550488446014224
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Octubre**						

FIRMA

MARIA CRISTINA POSADA GARZON
C.C. 57441380 expedida en SANTA MARTA

Powered by CamScanner

HUJMB JULIO MÉNDEZ BARRENECHE	**ACTA INICIO**	CÓDIGO: GJC25F VERSIÓN: 01 FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024 Página 1 de 1

ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO.CD20245100 DEL 2024

NO. DEL CONTRATO	CD20245100
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	MARIA CRISTINA POSADA GARZON
NO. DE IDENTIDAD	57441380
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.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/L' $4.800.000
FORMA DE PAGO	El HUJMB cancelará al CONTRATISTA 2 cuota(s), por valor de DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/L. ($2.400.000), 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	6138
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. CD20245100 y por la otra, MARIA CRISTINA POSADA GARZON, en calidad de contratista 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,

MARIA CRISTINA POSADA GARZON
57441380

Powered by CamScanner

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NIT: 891780185
CARRERA 14 #23-42
4346262

AÑO: 2024 NÚMERO DE ACUERDO: 004 FECHA: 15/10/2024

REGISTROS PRESUPUESTALES No. 6138
LA PROFESIONAL UNIVERSITARIA DE PRESUPUESTO
CERTIFICA

CERTIFICADO DISPONIBILIDAD No.1465

TERCERO: 57441380 - POSADA GARZON MARIA CRISTINA

QUE POR MEDIO DEL CUAL SE REGISTRA EN EL LIBRO DE PRESUPUESTO, LOS VALORES QUE SE RELACIONAN A CONTINUACION:

SERVICIO DE PERSONAL ADMINISTRATIVO DE ESTA ESE segun ops 5100

VALOR: $ 4,800,000.00

CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS MIL (PESOS)

Código Rubro	Descripción	Lugar	cod. CPC descripción CPC	Valor
2.1.2.02.02.008.02	Servicios Personales Administrativos (Contador, Abogado, otros)	ESE JULIO MENDEZ BARRENECHE		4,800,000

Contrato	No. Contrato	Fecha Inicial	Fecha Final
PRESTACION DE SERVICIOS	5100		

LEDYS GALINDO MORALES
PROFESIONAL UNIVERSITARIO PRESUPUESTO

USUARIO IMPRIME: MAURICIO JOSE LASTRE MANCERA
IMPRESO POR: Sistemas CitiSalud SAS
ELABORADO POR: MAURICIO JOSE LASTRE MANCERA

Powered by CamScanner

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 57441380		POSADA GARZON MARIA CRISTINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 25 18BIS-25	SANTA MARTA-MAGDALENA	4200064	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	38452763	9474919432	I	2024/10/18	2024/10/21	BANCO DE OCCIDENTE	3	$403,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	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	57441380	POSADA MARIA	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS048	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

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 57441380		POSADA GARZON MARIA CRISTINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 25 18BIS-25	SANTA MARTA-MAGDALENA	4200064	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	38452763	9474919432	I	2024/10/18	2024/10/21	BANCO DE OCCIDENTE	3	$403,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$500	$0	$208,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$500	$0	$208,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$100	$0	$31,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$31,700	$100	$0	$31,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$400	$0	$162,900
EPS MUTUAL SER	EPS048	806,008,394	7	1	$162,500	$400	$0	$162,900
TOTAL				**1**	**$402,200**	**$1,000**	**$0**	**$403,200**

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 57441380		POSADA GARZON MARIA CRISTINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 25 18BIS-25	SANTA MARTA-MAGDALENA	4200064	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	38452763	9474919432	I	2024/10/18	2024/10/21	BANCO DE OCCIDENTE	3	$403,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$500	$0	$208,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$500	$0	$208,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$100	$0	$31,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$31,700	$100	$0	$31,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$400	$0	$162,900
EPS MUTUAL SER	EPS048	806,008,394	7	1	$162,500	$400	$0	$162,900
TOTAL				1	$402,200	$1,000	$0	$403,200

Powered by CamScanner

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 57441380		POSADA GARZON MARIA CRISTINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 23 18B-25	SANTA MARTA-MAGDALENA	4235564	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	38452763	94749199432	I	2024/10/18	2024/10/21	BANCO DE OCCIDENTE	3	$403,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$204,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,720		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$204,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,720		$0	$0
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)					$1,300,000	$204,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,720		$0	$0
1	CC 57441380	POSADA MARIA	230301	30	$1,300,000	$204,000	890248	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	44-23	30	$1,300,000	$31,720	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,300,000	$204,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,720		$0	$0

2024/10/21 04:55 PM

Powered by CamScanner

HUJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO 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

MARIA CRISTINA POSADA GARZON

CON C.C N° 57.441.380

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.	**CD20245100**	**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 especificas del objeto del contrato)
1	Solicitud de autorizacion de servicio ante responsable de pago:DENTRO DE MIS ACTIVIDADES DIARIAS ESTAN EL SOLICITAR AUTORIZACIONES ANTE LAS DIFERENTES EPS DE LOS SERVICIOS DE UCI POLIVALENTE, UCINEONATALY UCI PEDITRICA, CUMPLIENDO CON LA NORMA 3047. DURANTE EL MES DE OCTUBRE SE GESTIONARON 95 EGRESOS , 87 TRASLADOS DE SERVICIO, PARA UN TOTAL DE 596 AUTORIZACIONES , ENTRE PROCEDIMIENTOS DE ALTO COSTO Y ESTUDIOS.Y 63 CREACIONES DE PACIENTES DE UCI NEONATAL
2	Censo diario de pacientes hospitalizados en los diferentes servicios asistenciales de la E.S.E. durante el periodo objeto de gestion se realizo un control estricto del censo diario de pacientes del servicio de la uci polivalente, neonatal y pediatrica que ingresan y de los que son trasladados a pisos para solicitar autorizaciones de cambio de servicio , toda esta gestion apoyada a traves de los correos institucionales, llamadas telefonica y plataformas de las distintas eps.
3	garantizar su presencia en los turnos asignados para la consecucion de las metas :Durante el mes de febrero cumpli con todos los turnosasignados para la realizacion de las tareas diarias propia de mis actividades.
4	garantizar la adecuada utilizacion de herramientas sistematica (software) entregada por el HUJMB existe este compromiso de mantener bajo la reserva toda la informacion que se genere dentro de la Institucion.
5	Guardar plena reserva y garantizar que informacion y los medios tecnologicos sumistrados por la ESE no seran utilizados con los otros finesque no sean del bienestar del HUJMB
6	Garantizar que durante el proceso de transicion de actual sistema de asignacion no se presente ninguna anomalia en la prestacion del servicio.
7	Garantizar la gestion de manera eficiente de sus actividades , evitando el uso de cualquier aparato electronico (celular ,tableta, etc)que no sea para el uso institucional

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**9474919432**	**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**MUTUALSER**	**21/10/2024**	**145.000**
PENSIÓN:	**PORVENIR**	**21/10/2024**	**185.600**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**21/10/2024**	**28.300**

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 periodo correspondiente

FIRMA DEL CONTRATISTA:	María C. Posada
N°. IDENTIFICACIÓN:	**57.441.380**

Powered by CamScanner

HJMB 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 MARIA CRISTINA POSADA GARZON identificado con C.C. 57441380

Fecha de Diligenciamiento:	2024-10-28

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

N° CONTRATO:	CD20245100	RP:	6138.0	CDP:	1465
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	4.800.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:			2.400.000,00
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2024-10-15	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

Powered by CamScanner