VALENTINA IGLESIAS UTRIA
1004371506
CALLE 17A #12A98
3002862017
VALENTINAIGLESIAS55@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2024-10-28**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	VALENTINA IGLESIAS UTRIA		
DOCUMENTO:	1004371506		
DIRECCIÓN:	CALLE 17A #12A98	TELÉFONO:	3002862017
CORREO ELECTRONICO:	VALENTINAIGLESIAS55@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:	CD20245095
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:	6158.	CDP:	1465	FECHA INICIO:	2024-10-15	FECHA FINAL:	2024-11-30
VALOR CONTRATO:	4.200.000,00			VALOR A PAGAR:	2.100.000,00		
BANCO A CONSIGNAR:	COLPATRIA			TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	7242023032
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Octubre**						

FIRMA

VALENTINA IGLESIAS UTRIA
C.C. 1004371506 expedida en SANTA MARTA

E.S.E. Hospital Universitario 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.CD20245095 DEL 2024

NO. DEL CONTRATO	CD20245095
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	VALENTINA IGLESIAS UTRIA
NO. DE IDENTIDAD	1004371506
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 DOSCIENTOS MIL PESOS M/L $4.200.000
FORMA DE PAGO	El HUJMB cancelará al CONTRATISTA 2 cuota(s), por valor de DOS MILLONES CIEN MIL PESOS M/L. ($2.100.000), 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	6158
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. CD20245095 y por la otra, **VALENTINA IGLESIAS UTRIA**, 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
85203455

CONTRATISTA,

VALENTINA IGLESIAS UTRIA
1004371506

COPIA

Powered by CamScanner

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	VALENTINA IGLESIAS UTRIA
IDENTIFICACIÓN:	CC-1004371506
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-10-23
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-10-04
FECHA DE PAGO:	2024-10-04
ENTIDAD DE PAGO:	NEQUI
PERÍODO PENSIÓN:	2024-09
PERÍODO SALUD:	2024-09
NÚMERO PLANILLA:	30944514
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	30944514
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS048	806008394	EPS-S MUTUAL SER	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 300	$ 162.500	$ 162.800
230201	800229739	PROTECCION	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 300	$ 208.000	$ 208.300
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 100	$ 31.700	$ 31.800
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 700	$ 402.200	$ 402.900

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	05/11/2024

HJMB E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ 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

VALENTINA IGLESIAS UTRIA

CON C.C Nº 1004371506

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20245095**	**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	*RADIQUÉ EN EL MES DE OCTUBRE LAS ENTIDADES DE **NUEVA EPS, SANITAS, FAMISANAR, SALUD TOTAL y COOSALUD** EN LAS DIFERENTES PLATAFORMAS DE LAS EAPB (FILEZILLA, KPO) **$ 4,417,641,513***
2	*HICE LA DESMATERIALIZACIÓN Y ARCHIVOS PLANOS EN EL MES DE OCTUBRE DE LOS SOPORTES DE LAS EAPB QUE LO REQUIEREN DE NUEVA EPS, FAMISANAR, COOLSAUD CON **2,535 FACTURAS***
3	*SOPORTÉ Y DESGLOSÉ SOPORTES DE SOPORTES DE DEVOLUCIONES Y SOPORTES PENDIENTES POR RADICAR DE FACTURAS CORRIENTES.*
4	*REALICÉ CUENTAS DE COBRO DE LAS ENTIDADES DE NUEVA EPS, SANITAS, FAMISANAR, SALUD TOTAL Y COOSALUD **47 CUENTAS DE COBRO***
5	*REALICÉ INFORMES Y SEGUIMIENTOS DE LAS FACTURAS PENDIENTES POR RADICAR EN EL MES DE OCTUBRE.*
6	*ASISTÍ A LAS CONTIGENCIAS PRESENTADAS EN EL MES DE OCTUBRE DONDE HICE VERFICACION DE FACTURAS PENDIENTES POR RADICAR Y FACTURAS RADICADAS.*
6	*APOYÉ EN LA RADICACION DE COOSALUD EN EL MES DE OCTUBRE EN EL MONTE DE SOPORTES DE LA PLATAFORMA SAMI.*

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**30944514**	**OPERADOR:**	**ASOPAGOS**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**MUTUAL SER**	**4/10/2024**	**162,500**
PENSIÓN:	**PROTECCION**	**4/10/2024**	**208,000**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**4/10/2024**	**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:	Valentina Umd
Nº. IDENTIFICACIÓN:	1004371506

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 VALENTINA IGLESIAS UTRIA identificado con C.C. 1004371506

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:	CD20245095	RP:	6158.0	CDP:	1465
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	4.200.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:			2.100.000,00
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