STHEFANY ANDREA MORA ORTIZ
1082959657
CALLE18#14A-05
3126269763
ami_1511@hotmail.com

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2024-10-28**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	STHEFANY ANDREA MORA ORTIZ		
DOCUMENTO:	1082959657		
DIRECCIÓN:	CALLE18#14A-05	TELÉFONO:	3126269763
CORREO ELECTRONICO:	ami_1511@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:	CD20245065
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:	6201.	CDP:	1465	FECHA INICIO:	2024-10-16	FECHA FINAL:	2024-11-30

VALOR CONTRATO:	4.200.000,00	VALOR A PAGAR:	2.100.000,00

BANCO A CONSIGNAR:	BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	235301231

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

PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Octubre**

FIRMA

STHEFANY ANDREA MORA ORTIZ
C.C. 1082959657 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.CD20245065 DEL 2024

NO. DEL CONTRATO	CD20245065
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	STHEFANY ANDREA MORA ORTIZ
NO. DE IDENTIDAD	1082959657
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	6201
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. CD20245065 y por la otra, **STHEFANY ANDREA MORA ORTIZ**, 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 **16 oct 2024**

SUPERVISOR,

MARIO JAVIER MANCERA SIERRA
85203465

CONTRATISTA,

STHEFANY ANDREA MORA ORTIZ
1082959657

HJMB 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

STHEFANY ANDREA MORA ORTIZ

CON C.C Nº 1082959657

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.	CD20245065	DE FECHA INICIO	16/10/2024

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	EN EL MES DE SEPTIEMBRE REALICE 608 FACTURAS DE LAS ERP A LAS CUALES SE LES PRESTA SERVICIOS POR VALOR TOTAL DE $199.624.270
2	SOPORTE UN TOTAL DE 608 FACTURAS EN CARPETAS CREADAS EN DRIVE
3	ASISTI A TODOS LOS TURNOS ASIGNADOS POR MI SUPERVISOR
4	UTILICE DE MANERA CORRECTA LAS HERRAMIENTAS SISTEMATICAS PORPORCIONADAS POR LA ESE HUJMB
5	MANTUVE EN PLENA RESERVA Y CUIDADO TODA LA INFORMACION E INSUMO SUMINISTRADA POR EL HOSPITAL Y GARANTIZO QUE LA UTILIZACION DE ESTOS FUE MERAMENTE PARA FINES LABORALES
6	VERIFICACION DE DERECHOS DE USUARIOS
7	ARMADO DE CUENTA DE 608 FACTURAS REALIZADAS EN EL MES DE OCTUBRE

CANT	EPS	VALOR
1	MUTUAL SER	$ 34,620
4	CAJACOPI	$ 240,000
2	COMPENSAR	$ 1,228,300
581	COOSALUD	$ 194,455,280
1	FAMISANAR	$ 168,000
4	SANITAS	$ 897,040
1	BATALLON	$ 110,240
7	FIDUPREVISORA	$ 2,122,730
3	NUEVA EPS	$ 258,160
4	PARTICULAR	$ 109,900
608		$ 199,624,270

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9474685548	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	CAJACOPI	24/10/2024	$ 162,500
PENSIÓN:	POTECCION	24/10/2024	$ 208,000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	24/10/2024	$ 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:	Sthefany Mora Ortiz
Nº. IDENTIFICACIÓN:	1082959657

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1082959657		MORA ORTIZ STHEFANY ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	call 18 #13-22	SANTA MARTA-MAGDALENA	7777777	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	17001446	9474685548	I	2024/10/15	2024/10/24	BANCO DE OCCIDENTE	9	$405,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$1,400	$0	$209,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$208,000	$1,400	$0	$209,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$300	$0	$32,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$31,700	$300	$0	$32,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$1,100	$0	$163,600
CAJACOPI	CCFC55	901,543,211	6	1	$162,500	$1,100	$0	$163,600
TOTAL				1	$402,200	$2,800	$0	$405,000

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 STHEFANY ANDREA MORA ORTIZ identificado con C.C. 1082959657

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:	CD20245065	RP:	6201.0	CDP:	1465
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	4.200.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	2.100.000,00		
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2024-10-16	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