KHRISDY JOHANNA CABALLERO ARIAS
1007860985

KHRISDYCABALLERO@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2024-11-26**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	KHRISDY JOHANNA CABALLERO ARIAS		
DOCUMENTO:	1007860985		
DIRECCIÓN:		TELÉFONO:	
CORREO ELECTRONICO:	KHRISDYCABALLERO@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:	CD20245030
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:	6049.	CDP:	1465	FECHA INICIO:	2024-09-30	FECHA FINAL:	2024-11-30

VALOR CONTRATO:	4.600.000,00	VALOR A PAGAR:	2.500.000,00

BANCO A CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	51756558785

CDP - ADICION:	1681	RP - ADICION:	7113	VALOR ADICION:	200.000,00

PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Noviembre**

FIRMA



KHRISDY JOHANNA CABALLERO ARIAS
C.C. 1007860985 expedida en

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20245030 DEL 2024.

NO. DEL CONTRATO	**N° CD20245030 DEL 2024**
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**KHRISDY JOHANA CABALLERO ARIAS**
NO. DE IDENTIDAD	1.007.860.985
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 OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($ 4. 800.000)
FORMA DE PAGO	EL HUJMB CANCELARA AL COTRATISTA EN 2 PAGOS POR VALOR DE ($2.400.000) PARCIALES, DE CONFORMIDAD CON EL INFORME DE LA EJECUCION DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES REALIZADAS, PREVIA CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO EXPEDIDA POR PARTE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO.
PLAZO INICIAL DE EJECUCIÓN	EL PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO ES APARTIR DE SU LEGALIZACION (REGISTRO PRESUPUESTAL (RP) Y SUSCRIPCION ACTA DE INICIO) HASTA EL 30 DE NOVIEMBRE DEL 2024
CDP	1465 -- 1681
REGISTRO PRESUPUESTAL	6049 -- 7113
FECHA DE ACTA DE INICIO	01 DE OCTUBRE DEL 2024
FECHA DE TERMINACION CONTRATO	30 DE NOVIEMBRE DEL 2024
SUPERVISOR DEL CONTRATO	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA

Entre los suscritos, **MARIO JAVIER MANCERA SIERRA,** mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía número **85.203.465** expedida en SANTA ANA (MAGDALENA), obrando en calidad de **PROFESIONAL UNIVERSITARIO - CONTADOR** quien actúa como supervisor del contrato Nª **CD20245030** por otra parte **KHRISDY JOHANA CABALLERO ARIAS**, identificado con la cedula de ciudadanía No. **1.007.860.985** 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 el 30 del mes de Noviembre de 2024.

MARIO JAVIER MANCERA SIERRA
CC. 85.203.465 DE SANTA ANA

KHRISDY JOHANA CABALLERO ARIAS
CC. 1.007.860.985
CONTRATISTA

HJMB 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			
KHRISDY JOHANA CABELLERO ARIAS			
CON C.C Nº 1007860985			
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.	**CD20245030**	**DE FECHA INICIO**	1/10/2024

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	**DIGITAR, IMPRIMIR Y ANEXAR A TODAS Y CADA UNA DE LAS RESPUESTAS OBTENIDAS POR LA ENTIDAD RESPONSABLE DE PAGO**
2	**VERIFICACION DE DERECHOS EN ADRES, PORTAL EPS, AFILIADOS COMPENSADOS, SISBEN,RUAF**
3	**CREACION DE CARPETAS DE PACIENTES DESTINADOS A FACTURACION, HISTORIA CLINICA, DOCUMENTO DE IDENTIDAD**
4	**CONSTANCIA DE AFILIACION, TRIAGE,ANEXO 2, AUTORIZACION DE LA EPS, ENVIO DE CORREO DE NO CONTAR CON PORTAL O EPS, SIRE**
5	**SOLICITUD DE ESTANCIA DE PACIENTES REMITIDOS ANTE LAS DIFERENTES EPS**
6	**TRAMITE DEL CUADRO DE SEGUIMIENTO DE AFILIACIONES**
7	

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	**7946182227**	**OPERADOR:**	**SOI**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**MUTUAL SER**	**14/11/2024**	**162.500**
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**	**14/11/2024**	**208.200**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**14/11/2024**	**31.800**

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:	**1007860985**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1007860985
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			KHRISDY JOHANNA CABALLERO ARIAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	CALLE 46A N 20-106	TELÉFONO:	4235908
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7946182227		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES octubre AÑO 2024		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES octubre AÑO 2024	
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/11/14		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1048832967

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
230201	230201- PROTECCION	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 0	$ 208.000
SUBTOTALES:										**$ 208.000**	**$ 0**	**$ 208.000**

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
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500
SUBTOTALES:													**$ 162.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 162.500**

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	$ 0	$ 0	$ 31.700
SUBTOTALES:									**$ 31.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 31.700**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																											PENSIÓN								SALUD						ARP														
																													FSP		APORTES VOLUNTARIOS																		CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COM	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	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	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1007860985	CABALLERO ARIAS KHRISDY JOHANNA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO																		230201-PROTECCION	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000	100786098	$ 31.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 402.200**

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 KHRISDY JOHANNA CABALLERO ARIAS identificado con C.C. 1007860985

Fecha de Diligenciamiento:	2024-11-26

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:	CD20245030	RP:	6049.0	CDP:	1465

VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	4.600.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	2.400.000,00
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2024-09-30	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:	1681	RP - ADICION:	7113	VALOR CONTRATO CON ADICION:	200.000,00

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 Noviembre

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

MARIO JAVIER MANCERA SIERRA
85203465
GRUPO DE TRABAJO DE CONTABILIDAD