

AURA MERCEDES BERMUDEZ MALDONADO

36666660

CARRERA 14 # 2-63

0

MECHE76.AB@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

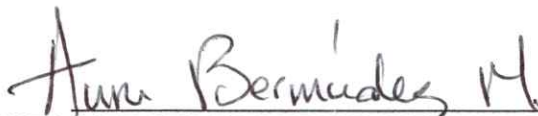
Fecha de Diligenciamiento:	2024-11-22		
NOMBRES Y APELLIDOS:	AURA MERCEDES BERMUDEZ MALDONADO		
DOCUMENTO:	36666660		
DIRECCIÓN:	CARRERA 14 # 2-63	TELÉFONO:	0
CORREO ELECTRONICO:	MECHE76.AB@GMAIL.COM		

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:	CD20245049		
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:	6188.	CDP:	1465
FECHA INICIO:	2024-10-15	FECHA FINAL:	2024-11-30
VALOR CONTRATO:	4.200.000,00	VALOR A PAGAR:	2.700.000,00
BANCO A CONSIGNAR:	COLPATRIA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros
No. CUENTA:	7242025327		
CDP - ADICION:	1620	RP - ADICION:	7052
VALOR ADICION:	600.000,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	Noviembre		

FIRMA


AURA MERCEDES BERMUDEZ MALDONADO
C.C. 36666660 expedida en SANTA MARTA



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

AURA MERCEDES BERMUDEZ MALDONADO

CON C.C N° 36.666.660

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIO 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. CD20245049 DE FECHA INICIO 10/1/2024

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)

- RECIBO HISTORIAS CLINICAS DE LOS SERVICIOS DE PSIQUIATRIA Y AMBULATORIO DE LAS DIFERENTES EPS
- ORGANIZACIÓN DE LAS HISTORIAS PARA SU RESPECTIVO ESCANNER, 282 HISTORIAS DEL MES DE NOVIEMBRE DEL 2024
- ALISTAMIENTO DE LAS FACTURAS DE LAS DIFERENTES EPS PARA RADICACION POR VALOR DE \$896.652.436
- CUMPLIO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR MI COORDINADORA
-

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	4575788037	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	MUTUALSER	22/11/2024	\$ 162.500
PENSIÓN:	PROTECCION	22/11/2024	\$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	22/11/2024	\$ 31.700

IV. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
- Que realicé el pago de la Seguridad Social por el valor que exige la Ley, pago del cual anexo copia simple.
- 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

Aura Bermudez M.

N°. IDENTIFICACIÓN:

C.C.36.666.660

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	36666660
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	AURA MERCEDES BERMUDEZ MALDONADO	
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	SANTA MARTA TELÉFONO:	4000000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	4575788037	TIPO DE PLANILLA:
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: octubre	PERIODO COTIZACIÓN:
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2024	SALUD:
DÍAS DE MORA:	4	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/11/22	NÚMERO AUTORIZACIÓN:
		9990780397

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	1	\$ 208.600
SUBTOTAL:			1	\$ 208.600
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
806008394	ESSC07	ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS	1	\$ 163.000
SUBTOTAL:			1	\$ 163.000
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 31.800
SUBTOTAL:			1	\$ 31.800

VALOR SIN MORA:	\$ 402.200
VALOR MORA:	\$ 1.200
TOTAL PAGADO:	\$ 403.400

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20245049 DEL 2024

NO. DEL CONTRATO	CD20245049 DEL 2024
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	AURA MERCEDES BERMUDEZ MALDONADO
NO. DE IDENTIDAD	36.666.660
OBJETO DEL CONTRATO	PRESENTACION DE SERVICIO DE APOYO A LA GESTION PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVA EN EL GRUPO DE FACTURACION DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARENECHE.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	4.200.000
FORMA DE PAGO	MENSUAL
PLAZO DE EJECUCIÓN	PREVIA LEGALIZACION DEL CONTRATO SIN EXCEDER EL 30 DE NOVIEMBRE DE 2024
CDP	1465-1620
REGISTRO PRESUPUESTAL	6188-7052
FECHA DE ACTA DE INICIO	15 DE OCTUBRE DEL 2024
FECHA DE TERMINACION CONTRATO	30 DE NOVIEMBRE DEL 2024
SUPERVISOR DEL CONTRATO	MARIO JAVIER MANCERA SIERRA

Entre los suscritos, MARIO JAVIER MANCERA SIERRA, mayor de edad, identificado(a) 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 CD20245049 por otra parte **AURA MERCEDES BERMUDEZ MALDONADO**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 36.666.660 en su condición de contratista se reunieron para firmar acta de finalización de contrato.

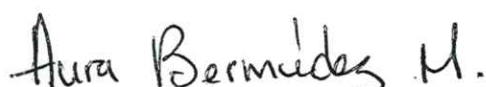
Por último el hospital se declara que no existe emolumento alguno entre las partes y con todo concepto respecto de las obligaciones mutuas pactadas en el contrato prestación de servicios en referencia.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta a los 30 días, del mes de **NOVIEMBRE** del año 2024

SUPERVISOR,

CONTRATISTA,


MARIO JAVIER MANCERA SIERRA
CC. 85.203.465 DE SANTA ANA


AURA MERCEDES BERMUDEZ MALDONADO
CC. 36.666.660 DE SANTA MARTA

4

	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
AURA MERCEDES BERMUDEZ MALDONADO identificado con C.C. 36666660**

Fecha de Diligenciamiento:	2024-11-22
-----------------------------------	-------------------

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:	CD20245049	RP:	6188.0	CDP:	1465
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	4.200.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	2.700.000,00		
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:	1620	RP - ADICION:	7052	VALOR CONTRATO CON ADICION:	600.000,00
-----------------------	------	----------------------	------	------------------------------------	------------

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

IV. CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS

- El contrato se encuentra debidamente legalizado: SI
- 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
- Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en su respectiva carpeta contractual: SI
- 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