

LUZ MARINA IBARRA AGUILAR

1083031768

CARRERA 13C # 16-24

3042005444

LUZ_MARIANA_IBARRA@HOTMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	2024-11-26		
NOMBRES Y APELLIDOS:	LUZ MARINA IBARRA AGUILAR		
DOCUMENTO:	1083031768		
DIRECCIÓN:	CARRERA 13C # 16-24	TELÉFONO:	3042005444
CORREO ELECTRONICO:	LUZ_MARIANA_IBARRA@HOTMAIL.COM		

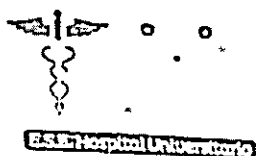
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que en la declaración de renta del año gravable 2024 no tomaré costos y deducciones

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° CONTRATO:	CD20245080						
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:	6329	CDP:	1465	FECHA INICIO:	2024-10-18	FECHA FINAL:	2024-11-30
VALOR CONTRATO:	4.200.000,00		VALOR A PAGAR:	2.700.000,00			
BANCO A CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA		TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	91696502922	
CDP - ADICION:	1646	RP - ADICION:	7078	VALOR ADICION:	600.000,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:				Noviembre			

FIRMA

Luz Marina Ibarra A.
LUZ MARINA IBARRA AGUILAR
C.C. 1083031768 expedida en SANTA MARTA



ACTA FINAL

CÓDIGO: GJC26F
VERSIÓN: 01
FECHA DE ÚLTIMA
REVISIÓN: 16/1/2024
Página 1 de 1

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20245080 DEL 2024

NO. DEL CONTRATO	CD20245080 DEL 2024
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	LUZ MARINA IBARRA AGUILAR
NO. DE IDENTIDAD	1083031768
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.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	4.800.000
FORMA DE PAGO	MENSUAL
PLAZO DE EJECUCIÓN	2 MESES
CDP	1465 - 1646
REGISTRO PRESUPUESTAL	6329 - 7078
FECHA DE ACTA DE INICIO	19 DE OCTUBRE DE 2024
FECHA DE TERMINACION CONTRATO	30 DE NOVIEMBRE DE 2024
SUPERVISOR DEL CONTRATO	MARIO JAVIER MANCERA SIERRA

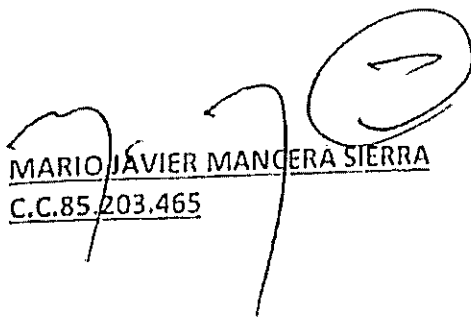
Entre los suscritos, MARIO JAVIER MANCERA SIERRA, mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 85.203.465 expedida en SANTA ANA, obrando en calidad de PROFESIONAL UNIVERSITARIO - CONTABILIDAD quien actúa como supervisor del contrato CD20245085 por otra parte LUZ MARINA IBARRA AGUILAR, identificado con la cedula de ciudadanía No. 1.083.031.768 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.

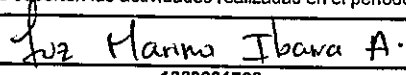
Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta a los 30 días, del mes de NOVIEMBRE del año 2024.

SUPERVISOR,

CONTRATISTA,


MARIO JAVIER MANCERA SIERRA
C.C.85.203.465


LUZ MARINA IBARRA AGUILAR
C.C.1.083.031.768

		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 MÉNDEZ BARRENECHE Y LUZ MARINA IBARRA AGUILAR CON C.C N° 1083031768					
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.		CD20245080		DE FECHA INICIO	
				19/10/2024	
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)					
1		SE REALIZO ACTIVIDADES CORRESPONDIENTES A REVISION DE DOCUMENTOS Y SOPORTES DE LAS DIFERENTES EAPBS PARA SER ARMADO.			
2		SE REALIZO DESCARGUE DE HISTORIAS CLINICAS, AYUDAS DX.(IMAGENOLOGIA) LABORATORIOS, TERAPIAS FISICAS QUE SOPORTAN LAS ATENCIONES DE CONSULTA EXTERNA			
3		SE REALIZO SCANEEO DE DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LAS ATENCIONES DE CONSULTA EXTERNA PARA PROCEDER A ARMADO			
4		Se realizo facturacion de procedimientos ambulatorios y consulta externa total de factura realizadas 632 por valor de \$61,772,582 en el mes de noviembre Mutual ser \$493.500, Cajacopi \$540.000, Coosalud 56.802.002, Famisanar \$231.750, Sanitas \$1.523.200, Nueva eps \$1.719.280, Particular \$75.000, Sumlmedical \$145.600, compensar \$243.000			
5		Se atendio ventanilla para facturacion de consultas externas			
6		Realice plan de contingencia programado para el mes de noviembre			
7		Durante este periodo cumpli con mis actividades asignadas por el lider del proceso			
III. INFORMACION DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:		9476766913		OPERADOR:	
				APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	
				VALOR PAGADO	
SALUD:		SANITAS		25/11/2024	
PENSION:		PORVENIR		25/11/2024	
RIESGOS LABORALES:		POSITIVA		25/11/2024	
				31,700	
IV. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA					
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo 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:					
N°. IDENTIFICACION:		1083031768			





Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1083031768		IBARRA AGUILAR LUZ MARINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 13c # 16-24	SANTA MARTA-MAGDALENA	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Valor
2024-10	2024-10	1074780214	9476766913	I	2024/11/19	2024/11/25	NEQUI	\$404,000

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	\$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 1083031768	IBARRA LUZ	230301	30	\$1,300,000	\$208,000	EPS005	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

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 1083031768		IBARRA AGUILAR LUZ MARINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 13c # 16-24	SANTA MARTA-MAGDALENA	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2024-10	2024-10	1074780214	9476766913	I	2024/11/19	2024/11/25	NEQUI	6	\$404,000

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$208,000	\$900	50	\$208,900	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$208,000	\$900	50	\$208,900	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$31,700	\$200	50	\$31,900	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$31,700	\$200	50	\$31,900	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$162,500	\$700	50	\$163,200	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$162,500	\$700	50	\$163,200	
TOTAL				1	\$402,200	\$1,800	50	\$404,000	

	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
LUZ MARINA IBARRA AGUILAR identificado con C.C. 1083031768**

Fecha de Diligenciamiento: 2024-11-26

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:	CD20245080	RP:	6329.0	CDP:	1465
--------------	------------	-----	--------	------	------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	4.200.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	2.700.000,00
---------------------------	--------------	------------------------------	--------------

FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2024-10-18	FECHA DE FINALIZACIÓN:	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:	1646	RP - ADICION:	7078	VALOR CONTRATO CON ADICION:	600.000,00
----------------	------	---------------	------	-----------------------------	------------

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