ALIX ESTER PINTO GOMEZ
1118869001
BALCONES DEL LIBERTADOR MZ B CASA 10
3046768592
ALIXESTERP@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2024-12-19**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	ALIX ESTER PINTO GOMEZ		
DOCUMENTO:	1118869001		
DIRECCIÓN:	BALCONES DEL LIBERTADOR MZ B CA	TELÉFONO:	3046768592
CORREO ELECTRONICO:	ALIXESTERP@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:	CD20245913						
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL GRUPO DE TRABAJO DEL CALL CENTER DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.						
RP:	6664.	CDP:	1465	FECHA INICIO:	2024-11-06	FECHA FINAL:	2024-12-31
VALOR CONTRATO:	4.200.000,00			VALOR A PAGAR:	2.100.000,00		
BANCO A CONSIGNAR:	DAVIVIENDA			TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	488448782539
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Diciembre**						

FIRMA

ALIX ESTER PINTO GOMEZ
C.C. 1118869001 expedida en RIOHACHA

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO 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

ALIX ESTER PINTO GOMEZ

CON C.C N° 1118869001

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 DEL CALL CENTER DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20245913**	**DE FECHA INICIO**	**6/11/2024**

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	Agende citas médicas de acuerdo con los parámetros establecidos por la Jefe de Consulta Externa y Ayudas diagnósticas y profesional especializado Psiquiatría, realizando vericaciones permanentes de las agendas asignadas, evitando citas erróneas
2	Oriente a los pacientes que acuden de manera ambulatoria a la consulta externa de la ESE, vericando que el paciente tiene cita programada,
3	Realice la vericación del paciente en las bases de datos que se tienen a disposición, con el objeto de comprobar su tipo de afiliación,
4	Realice las llamadas necesarias para la conrmación y reprogramación de las agendas médicas.
5	Brinde la información a los usuarios acerca de los procesos asistenciales de la ESE.
6	Garantice su presencia en los turnos asignados para la consecución de las metas propuestas.
7	Garantice la adecuada utilización de la herramienta sistemática (software) entregada por el HUJMB.
8	Garantice que la asignación de citas médicas se realice de forma optimizada, es decir, se deberán Agendar la cita a la agenda disponible más
9	Garantice la continuidad del esquema diseñado por la ESE para la asignación de citas médicas especializadas de carácter prioritario o no.
10	Guarde plena reserva y garantizar que la información y los medios tecnológicos suministrados por la ESE no serán utilizados con otros nes que
11	Asigne citas y en ventanilla de codigo atendi pacientes durante el mes de diciembre.

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**9478739625.**	**OPERADOR:**	**Aportes en linea**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**COLPENSIONES**	**13/12/2024**	**$140.900**
PENSIÓN:	**NUEVA EPS**	**13/12/2024**	**$180.300**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**13/12/2024**	**$27500**

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:	
N°. IDENTIFICACIÓN:	**1118869001**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1118869001		ALIX ESTER PINTO GOMEZ	INDEPENDIENTE	Principal	balcones del libertado mz b casa 10	SANTA MARTA-MAGDALENA	3046768592	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1122032688	9478739625	I	2024/12/03	2024/12/13	NEQUI	10	$351,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing ret tde tae tdp tap vsp cor vst sln ige lma vac avp vct irt vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: Principal (1 Afiliados)						$1,126,667	$180,300			$1,126,667	$140,900			$0	$0			$1,126,667		$27,500		$0	$0		$348,700
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)						**$1,126,667**	**$180,300**			**$1,126,667**	**$140,900**			**$0**	**$0**			**$1,126,667**		**$27,500**		**$0**	**$0**		**$348,700**
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)						**$1,126,667**	**$180,300**			**$1,126,667**	**$140,900**			**$0**	**$0**			**$1,126,667**		**$27,500**		**$0**	**$0**		**$348,700**
1	CC	1118869001	PINTO ALIX X	25-14	26	$1,126,667	$180,300	EPS037	26	$1,126,667	$140,900		0	$0	$0	14-23	26	$1,126,667	2.436%	$27,500	0	$0	$0	No	$348,700
Total	**Afiliados(1)**					$1,126,667	$180,300			$1,126,667	$140,900			$0	$0			$1,126,667		$27,500		$0	$0		$348,700

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1118869001		ALIX ESTER PINTO GOMEZ	INDEPENDIENTE	Principal	balcones del libertado mz b casa 10	SANTA MARTA-MAGDALENA	3046768592	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1122032688	9478739625	I	2024/12/03	2024/12/13	NEQUI	10	$351,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$180,300	$1,300	$0	$181,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$180,300	$1,300	$0	$181,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$27,500	$200	$0	$27,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$27,500	$200	$0	$27,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$140,900	$1,000	$0	$141,900
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$140,900	$1,000	$0	$141,900
TOTAL				1	$348,700	$2,500	$0	$351,200

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA	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 ALIX ESTER PINTO GOMEZ identificado con C.C. 1118869001

Fecha de Diligenciamiento:	2024-12-19

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 DEL CALL CENTER DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

N° CONTRATO:	CD20245913	RP:	6664.0	CDP:	1465

VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	4.200.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	2.100.000,00

FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2024-11-06	FECHA DE FINALIZACION:	2024-12-31

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	CINDY SALLANNY MATTOS FIGUERA
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE SISTEMAS DE INFORMACION Y TIC

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

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

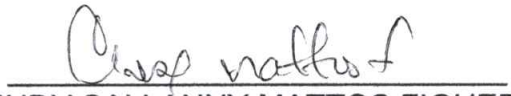
III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

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 Diciembre

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES



CINDY SALLANNY MATTOS FIGUERA
55220303
UNIDAD FUNCIONAL DE SISTEMAS DE INFORMACION Y TIC

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20245913 DEL 2024

NO. DEL CONTRATO	CD20245913 DEL 2024
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	ALIX ESTER PINTO GOMEZ
NO. DE IDENTIDAD	1118869001
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL GRUPO DE TRABAJO DEL CALL CENTER DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	4200000 ($CUATRO MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE)
FORMA DE PAGO	El HUJMB cancelará al CONTRATISTA 2 cuota por valor de DOS MILLONES CIEN MIL PESOS M/CTE ($2100000), de conformidad con el informe de la ejecución de las actividades contractuales realizadas, previa certificación de cumplimiento de expedida por parte del Supervisor del contrato.
PLAZO DE EJECUCIÓN	Previa legalización del contrato sin exceder 31 de diciembre de 2024.
CDP	1465
REGISTRO PRESUPUESTAL	6664
FECHA DE ACTA DE INICIO	06/11/2024
FECHA DE TERMINACION CONTRATO	31/12/2024
SUPERVISOR DEL CONTRATO	PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL SISTEMA DE INFORMACION Y TIC

Entre los suscritos, **CINDY SALLANNY MATTOS FIGUERA,** mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **55220303 expedida** en Barranquilla (Atlántico), obrando en calidad de **Profesional Especializado Unidad funcional Sistema de Información y TIC** quien actúa como supervisor del contrato **CD20245913** por otra parte **ALIX ESTER PINTO GOMEZ**, identificado con la cedula de ciudadanía No. **1118869001** 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, en el mes de de **diciembre** de 2024

SUPERVISOR,

CINDY SALLANNY MATTOS FIGUERA
S5220303

CONTRATISTA,

ALIX ESTER PINTO GOMEZ
1118869001