CLARA INES RADA MARTINEZ
36454177
ALTOS DE MALLORCA TORRE 19 APTO 304
3004325002
CRADAM1415@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2025-01-27**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	CLARA INES RADA MARTINEZ		
DOCUMENTO:	36454177		
DIRECCIÓN:	ALTOS DE MALLORCA TORRE 19 APTO	TELÉFONO:	3004325002
CORREO ELECTRONICO:	CRADAM1415@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:	CD20250513
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:	477	CDP:	1	FECHA INICIO:	2025-01-07	FECHA FINAL:	2025-03-31

VALOR CONTRATO:	6.300.000,00	VALOR A PAGAR:	2.100.000,00

BANCO A CONSIGNAR:	BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	235302486

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

PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Enero**

FIRMA

Clara Rada Martinez

CLARA INES RADA MARTINEZ
C.C. 36454177 expedida en FUNDACION

HUJMB 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 CLARA INES RADA MARTINEZ CON C.C Nº 36454177			
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.	CD20250513	DE FECHA INICIO	7/1/2025

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	Durante el mes de enero estuve en ventanilla de fomag asigne 739 cita y atendi 678 turnos, solicite a la coordinacion extra cupos para garantizar la atencion oportuna de los ptes de posoperatorio
2	Se oriento debidamente a los usuarios el proceso de activacion de cita al momento de llegar a la misma. Y se hizo la debida repromacion de pacientes con perdida de citas o alguna otra eventualidad.
3	Se brindo informacion necesaria solicitada por los usuarios que se comunican por los diferentes canales habilitados por el servicio del call center
4	Durante el mes de enero realice mis actividades de la siguientes manera: Estuve en Dyalodo, ingrese pacientes de lista de espero y reprogramacion.
5	Realice la adecuda utilizacion de Sofware Tropa (citisalud)
6	Se realizó la correcta asignacion de citas en la fecha disponible mas cercana, teniendo en cuenta la oportunidad de las especialidades.
7	Informe a la coordinacion de las anomalias presentadas por el sottware
8	Guarde absoluta reserva de la informacion suministrada por el HUJMB

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	9479632025	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	27/1/2025	$ 162.500
PENSIÓN:	PROTECCION	27/1/2025	$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	27/1/2025	$ 31.700

IV.DECLARACIONES DEL CONTRATISTA
1.- Que desarrolié 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 período correspondiente	
FIRMA DEL CONTRATISTA:	Clara Ines Rada
N°. IDENTIFICACIÓN:	CC.36454177

en linea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 36454177		RADA MARTINEZ CLARA INES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	altos de mayorca	SANTA MARTA-MAGDALENA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	35236615	9479632025	I	2025/01/21	2025/01/27	BANCO DE OCCIDENTE	6	$403,900

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	36454177	RADA CLARA	230201	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-22	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

en linea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 36454177		RADA MARTINEZ CLARA INES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	altos de mayorca	SANTA MARTA-MAGDALENA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2024-12	2024-12	35236615	9479632025	I	2025/01/21	2025/01/27	BANCO DE OCCIDENTE	6	$403,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$800	$0	$208,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$208,000	$800	$0	$208,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$200	$0	$31,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$31,700	$200	$0	$31,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$700	$0	$163,200
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$162,500	$700	$0	$163,200
TOTAL				1	$402,200	$1,700	$0	$403,900

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ 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 CLARA INES RADA MARTINEZ identificado con C.C. 36454177

Fecha de Diligenciamiento:	2025-01-27

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:	CD20250513	RP:	477	CDP:	1

VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	6.300.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	2.100.000,00

FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2025-01-07	FECHA DE FINALIZACION:	2025-03-31

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

numero de cedula en pie de firma errada

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 Enero

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

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

HJMB Julio Méndez Barreneche	ACTA INICIO	CÓDIGO: GJC25F VERSIÓN: 01 FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024 Página No 1 de 1

ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20250513 DE 2025.

NO. DEL CONTRATO	CD20250513 DE 2025
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	CLARA INES RADA MARTINEZ
NO. DE IDENTIDAD	36454177
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	$6300000 (SEIS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS M/CTE)
PLAZO DE EJECUCIÓN	PREVIA LEGALIZACIÓN DEL CONTRATO SIN EXCEDER 31 DE MARZO DE 2025.
CDP	1
REGISTRO PRESUPUESTAL	477
SUPERVISOR DEL CONTRATO	PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL SISTEMAS DE INFORMACION Y TIC

Entre los suscritos a saber **CINDY SALLANNY MATTOS FIGUERA,** profesional especializado Unidad Funcional Sistemas de Información y TIC y quien actúa como Supervisor del contrato No. **CD20250513**, y por la otra, **CLARA INES RADA MARTINEZ**, 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 siete (7) días de enero de 2025.

Supervisor.

CINDY SALLANNY MATTOS FIGUERA
C.C Nº 55220303

Contratista.

CLARA INES RADA MARTINEZ
C.C Nº 36454177