REINA ESTHER MONTAÑO BELEÑO
26666645
CRA 17 # 30 18 A BARRIO LAS AMERICAPTO 201
3182255328
reynaesther270674@gmail.com

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2025-02-27**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	REINA ESTHER MONTAÑO BELEÑO		
DOCUMENTO:	26666645		
DIRECCIÓN:	CRA 17 # 30 18 A BARRIO LAS AMERIC/	TELÉFONO:	3182255328
CORREO ELECTRONICO:	reynaesther270674@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:	CD20250570
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:	119	CDP:	1	FECHA INICIO:	2025-01-04	FECHA FINAL:	2025-03-31

VALOR CONTRATO:	7.200.000,00	VALOR A PAGAR:	2.400.000,00

BANCO A CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	63953631671

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

PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Febrero**

FIRMA

CC 26.666645 Sel.

REINA ESTHER MONTAÑO BELEÑO
C.C. 26666645 expedida en SANTA MARTA

HJMB E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ 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			
REINA ESTHER MONTAÑO BELEÑO			
CON C.C N° 26.666.645			
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 AUTORIZACIONES Y ADMISIONES URGENCIAS DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE..		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD 20250570	DE FECHA INICIO	4/1/2025

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	Realice censo diario del paciente que se encuentra en los diferentes servicios asistenciales de la E.S.E HUJMB
2	Digite, imprimir y anexar a todas y cada una de las respuestas obtenidas por la entidad responsable de pago.
3	Solicite autorización de estancia de pacientes remitidos ante las diferentes EPS
4	Reporte en libro los pendientes a diario
	Admisione en el area de urgencia a 177 pacientes.
5	realice en urgencias vericación e identicar tipo de contratación de las EPS contributivo, subsidiado, particular, vinculado, especial, otros.

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	1746602358	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	27/2/2025	178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	27/2/2025	227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	27/2/2025	34.700

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:	Reina Esther
N°. IDENTIFICACIÓN:	CC 26666645

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	26666645
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			REINA ESTHER MONTANO BELENO
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	CARRERA 17 # 30-18	TELÉFONO:	4384219
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**1746602358**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES: enero	PERIODO COTIZACIÓN	MES: enero		
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD:	AÑO: 2025		
DÍAS DE MORA:	15				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/02/27	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	493790		

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

Planilla Pagada en SOI

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 230.100
		SUBTOTAL:	1	**$ 230.100**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 179.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 179.800**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 35.100
		SUBTOTAL:	1	**$ 35.100**

VALOR SIN MORA:	**$ 440.500**
VALOR MORA:	**$ 4.500**
TOTAL PAGADO:	**$ 445.000**

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 REINA ESTHER MONTAÑO BELEÑO identificado con C.C. 26666645

Fecha de Diligenciamiento:	2025-02-27

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:	CD20250570	RP:	119	CDP:	1

VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	7.200.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	2.400.000,00

FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2025-01-04	FECHA DE FINALIZACION:	2025-03-31

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIO JAVIER MANCERA SIERRA
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	GRUPO DE TRABAJO DE CONTABILIDAD

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 Febrero

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

MARIO JAVIER MANCERA SIERRA
85203465
GRUPO DE TRABAJO DE CONTABILIDAD