**MARY ANGEL MIRANDA CUETO**
**1004368039**
**CRA 7A NUMERO 25-44**
**3243821036**
**angelmirandacueto@gmail.com**

# CUENTA DE COBRO

## DATOS PERSONALES

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Diligenciamiento:** | **2025-04-28** | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS: | MARY ANGEL MIRANDA CUETO | | |
| DOCUMENTO: | 1004368039 | | |
| DIRECCIÓN: | CRA 7A NUMERO 25-44 | TELÉFONO: | 3243821036 |
| CORREO ELECTRONICO: | angelmirandacueto@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: | CD20252014 | | | | | | |
| 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: | 2096 | CDP: | 543 | FECHA INICIO: | 2025-04-07 | FECHA FINAL: | 2025-07-31 |
| VALOR CONTRATO: | 8.400.000,00 | | | VALOR A PAGAR: | 2.100.000,00 | | |
| BANCO A CONSIGNAR: | DAVIVIENDA | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | No. CUENTA: | 488448473717 |
| CDP - ADICION: | N/A | RP - ADICION: | N/A | VALOR ADICION: | 0,00 | | |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **Abril** | | | | | | |

## FIRMA

MARY CUETO.

MARY ANGEL MIRANDA CUETO
C.C. 1004368039 expedida en SANTA MARTA

| | | |
|---|---|---|
| HJMB E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO** | CODIGO: GJC23F<br>VERSION: 003<br>FECHA DE ULTIMA REVISION: 22/08/2024<br>PAGINA 1 de 1 |

**CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y**

**MARYANGEL MIRANDA CUETO**

**CON C.C N° 1004368039**

**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.** | **CD20252014** | **DE FECHA INICIO** | **07/4/2025** |

| **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 específicas del objeto del contrato)** |
|---|---|
| 1 | **Durante el mes de ABRIL apoye en ventanilla (456) citas** |
| 2 | **Se brindo informacion necesaria solicitada por los usuarios que se comunican por los diferentes canales habilitados por el servicio del call center** |
| 3 | **durante el mes de MARZO apoye en llamadas de dialogo** |
| 4 | **Realice la adecuda utilizacion de Sofware Tropa (citisalud)** |
| 6 | **Se cumplió con el horario asignado por el area, para todas las necesidades presentadas durante todo el mes de ABRIL** |

**III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | **4597079501** | **OPERADOR:** | **SOI** |
| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
| **SALUD:** | **SURAMERICANA** | **28/4/2025** | **$ 178,000** |
| **PENSIÓN:** | **PORVENIR** | **28/4/2025** | **$ 227.800** |
| **RIESGOS LABORALES:** | **POSITIVA** | **28/4/2025** | **$ 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:** | MARY CUETO |
| **N°. IDENTIFICACIÓN:** | **CC1004368039** |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANIA | NUMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1004368039 |
| NOMBRE O RAZON SOCIAL: | | | MARY ANGEL MIRANDA CUETO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | SANTA MARTA | DEPARTAMENTO: | MAGDALENA |
| DIRECCIÓN: | CRA7A#25-44 | TELÉFONO: | 9999999 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Comercio al por mayor de computadores, equipo per |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | UNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | 4597079501 | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS: | MES | marzo AÑO 2025 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | marzo AÑO 2025 |
| DIAS DE MORA: | | 19 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2025/04/28 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 9992450832 |

### TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 227.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 2.800 | $ 0 | $ 227.800 | $ 2.800 | $ 230.600 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 227.800** | **$ 2.800** | **$ 230.600** |

### TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NUMERO AUTORIZACION | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 178.000 | $ 0 | $ 2.200 | $ 0 | $ 178.000 | $ 2.200 | $ 0 | $ 180.200 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 178.000** | **$ 2.200** | **$ 0** | **$ 180.200** |

### TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 34.700 | $ 34.700 | $ 500 | $ 0 | $ 35.200 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 34.700** | **$ 500** | **$ 0** | **$ 35.200** |

### LIQUIDACION DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | CCF | | SENA | | ICBF | | ESAP | | MINEDU | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 1004368039 | MIRANDA CUETO MARYANGEL | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.423.500 | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.423.500 | $ 227.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 227.800 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 30 | $ 1.423.500 | $ 178.000 | $ 0 | $ 178.000 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.423,500 | 100436803 | $ 34.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 446.000**

Planilla Pagada SOI Planilla Pagada

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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 MARY ANGEL MIRANDA CUETO identificado con C.C. 1004368039**

| | |
|---|---|
| Fecha de Diligenciamiento: | 2025-04-28 |

## 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: | CD20252014 | RP: | 2096 | CDP: | 543 |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO: | 8.400.000,00 | VALOR DE HONORARIOS PERIODO: | 2.100.000,00 | | |
| FECHA DEL ACTA DE INICIO: | 2025-04-07 | FECHA DE FINALIZACION: | 2025-07-31 | | |
| 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 Abril

## V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

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

| HUJMB JULIO MÉNDEZ BARRENECHE | ACTA DE INICIO | CÓDIGO: GJC25F<br>VERSIÓN: 002<br>FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 09/1/2025<br>PÁGINA 1 de 1 |
|---|---|---|

## ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20252014 DE 2025.

| | |
|---|---|
| **NO. DEL CONTRATO** | CD20252014 DE 2025 |
| **NOMBRE DEL CONTRATANTE** | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | MARY ANGEL MIRANDA CUETO |
| **NO. DE IDENTIDAD** | 1004368039 |
| **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** | $8400000 (OCHO MILLONES CUATROSCIENTOS MIL PESOS M/CTE) |
| **FORMA DE PAGO** | El HUJMB cancelará al CONTRATISTA 4 cuota(s), 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 expedida por parte del Supervisor del contrato. |
| **PLAZO DE EJECUCIÓN** | PREVIA LEGALIZACIÓN DEL CONTRATO SIN EXCEDER 31 DE JULIO DE 2025. |
| **CDP** | 543 |
| **REGISTRO PRESUPUESTAL** | 2096 |
| **SUPERVISOR DEL CONTRATO** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL SISTEMAS DE INFORMACION Y TIC |

Entre los suscritos, **CINDY SALLANNY MATTOS FIGUERA,** mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 55220303, expedida en Barranquilla (Atlántico), obrando en calidad de profesional especializado Unidad Funcional Sistemas de Información y TIC, quien actúa como Supervisor del contrato No. **CD20252014**, y por otra parte, **MARY ANGEL MIRANDA CUETO**, 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 abril de 2025.

Supervisor.

**CINDY SALLANNY MATTOS FIGUERA**
C.C Nº 55220303

Contratista.

**MARY ANGEL MIRANDA CUETO**
C.C Nº 1004368039