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 STHEFANY ANDREA MORA ORTIZ identificado con C.C. 1082959657

Fecha de Diligenciamiento:	2025-12-26

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:	CD20255920	RP:	8053	CDP:	2296

VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	2.400.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	2.400.000,00
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2025-12-17	FECHA DE FINALIZACION:	2025-12-31
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MILENIS GONZALEZ JIMENEZ		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	GRUPO DE TRABAJO FACTURACION		

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

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

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

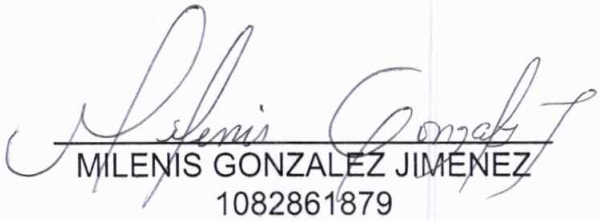
Pendiente

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



MILENIS GONZALEZ JIMENEZ
1082861879
GRUPO DE TRABAJO FACTURACION

STHEFANY ANDREA MORA ORTIZ
1082959657
CALLE18#14A-05
3126269763
ami_1511@hotmail.com

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2025-12-26**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	STHEFANY ANDREA MORA ORTIZ		
DOCUMENTO:	1082959657		
DIRECCIÓN:	CALLE18#14A-05	TELÉFONO:	3126269763
CORREO ELECTRONICO:	ami_1511@hotmail.com		

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que en la declaración de renta del año gravable 2025 no tomaré costos y deducciones

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° CONTRATO:	CD20255920
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:	8053	CDP:	2296	FECHA INICIO:	2025-12-17	FECHA FINAL:	2025-12-31

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

BANCO A CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	235301231

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

PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Diciembre**

FIRMA

STHEFANY ANDREA MORA ORTIZ
C.C. 1082959657 expedida en SANTA MARTA

HJMB E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche	**ACTA FINAL**	CODIGO: GJC26F VERSION: 002 FECHA ULTIMA DE REVISION: 12/12/2024 PAGINA 1 de 1

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20255920 DEL 2025

NO. DEL CONTRATO	CD20255920 DEL 2025
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	STEFANY ANDREA MORA ORTIZ
NO. DE IDENTIDAD	CC 1082.959.657
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÒN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL GRUPO DE TRABAJO DE FACTURACION DE LA E.S.E. HSPITAL UNIVRSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	DOS MILLONES CUATRO CIENTOS MIL PESOS M/L 2.400.000)
FORMA DE PAGO	El HUJMB cancelará al CONTRATISTA 1 cuota(s), por valor de DOS MILLONES CUATRO CIENTOS MIL PESOS M/L ($2.400.000), 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 legislación del contrato sin exceder el 31 de DICIEMBRE de 2025
CDP	**2296**
REGISTRO PRESUPUESTAL	**8053**
FECHA DE ACTA DE INICIO	17DE DICIEMBRE DEL 2025
FECHA DE TERMINACION CONTRATO	31 DE DICIEMBRE DEL 2025
ADICION	
CDP DE LA ADICION	N/A
REGISTRO PRESUPUESTAL DE LA ADICION	N/A
PLAZO ADICION	N/A
FORMA DE PAGO ADICION	N/A
FECHA DE TERMINACION DE CONTRATO CON ADICION.	N/A
VALOR ADICION	N/A
VALOR FINAL DEL CONTRATO	N/A
SUPERVISOR DEL CONTRATO	**MILENIS GONZALEZ JIMENEZ**

Entre los suscritos, **MILENIS GONZALEZ JIMENEZ,** mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía número **1.082.861.879** expedida en Santa Marta, obrando en calidad de **PROFESIONAL UNIVERSITARIO - FACTURACION** quien actúa como supervisor del contrato CD20254813 por otra parte **STEFANY ANDREA MORA ORTIZ,** identificado con la cedula de ciudadanía No. **CC 1.082.959.657** 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 **DICIEMBRE** del año **2025.**

MILENIS GONZALEZ JIMENEZ
1.082.861.879

STEFANY ANDREA MORA ORTIZ
CC 1.082.959.657

COPIA CONTROLADA

ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20255920 DE 2025.

NO. DEL CONTRATO	**CD20255920**
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**STHEFANY ANDREA MORA ORTIZ**
NO. DE IDENTIDAD	1.082.959.657
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIO 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	DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/L (2.400.000)
FORMA DE PAGO	El HUJMB cancelará al CONTRATISTA una cuota, por valor de DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/L ($ 2.400.000), 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 el 31 de diciembre 2025
CDP	2296
REGISTRO PRESUPUESTAL	8053 del 17 de diciembre 2025
SUPERVISOR DEL CONTRATO	**MILENIS GONZALEZ JIMENEZ**

Entre los suscritos, **MILENIS GONZALEZ JIMENEZ,** mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.082.861.879, expedida en Santa Marta Magdalena, obrando en calidad de Profesional Universitario – Facturación, quien actúa como Supervisor del contrato No **CD20255920** y por otra parte **STHEFANY ANDREA MORA ORTIZ**, 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 el 17 de Diciembre 2025.

Supervisor.

MILENIS GONZALEZ JIMENEZ
C.C 1.082.861.879

Contratista.

STHEFANY ANDREA MORA ORTIZ
C.C 1.082.959.657

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

STHEFANY ANDREA MORA ORTIZ

CON C.C Nº 1,082,959,657

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.	CD20255920	DE FECHA INICIO	17/12/2025

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	REALICE , ARMADO DE CARPETAS Y DESGLOSADA DE FACTURAS DEL 2025 Y 2024 DE TODAS LAS EPS ESCANEANDO SUS RESPECTIVOS SOPORTES PARA SU DEBIDA RADICACION
2	DESCARGUE HISTORIAS CLINICAS, RESULTADOS DE LABORATORIO E IMAGENOLOGIA, CORRESPONDIENTES A LO ARMADO EN EL MES DE DICIEMBRE

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9495408889	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
SOISOI	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	CAJACOPI	15/12/2025	178,000
PENSIÓN:	PROTECCION	15/12/2025	227,800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	15/12/2025	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:	Sthefany Mora O
N°. IDENTIFICACIÓN:	1,082,959,657

aportes en línea

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 1082959657		MORA ORTIZ STHEFANY ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	call 18 #13-22	SANTA MARTA-MAGDALENA	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	93908742	9495408889	I	2025/12/15	2025/12/15	BANCO DE OCCIDENTE	0	$440,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
1	CC	1082959657	MORA STHEFANY	230201	30	$1,423,500	$227,800	CCFC55	30	$1,423,500	$178,000	0	$0	$0	14-23	30	$1,423,500	$34,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000		$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0