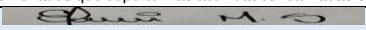


	FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	CODIGO: GJC23F VERSION: 003 FECHA DE ULTIMA REVISION: 22/08/2024 PAGINA 1 de 1
---	---	--

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y			
EFRAIN ALBERTO MOZO SILVA			
CON C.C N 84451869			
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.	CD20260738	DE FECHA INICIO	14/01/2026
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 JUNIO apoye en vwhatapps y dialogo (152 citas) y ventanilla de codigos (483)		
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 JUNIO apoye en llamadas de dialogo		
4	Realice la adecuada utilizacion deSoftwareTropa (citisalud)		
6	Se cumplió con el cronograma de ejecucion de actividades asignado por el area, para todas las necesidades presentadas durante todo el mes deJUNIO		
III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	4653304621	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
PENSION:	PROTECCION	09/06/2026	\$ 280.200
SALUD:	COOSALUD	09/06/2026	\$ 218.900
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	09/06/2026	\$ 42.700
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:			
N°. IDENTIFICACIÓN:	CC 84451869		

TOTAL APORTES A PENSION												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACION	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CODIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACION	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 280.200	\$ 0	\$ 280.200
SUBTOTALES:										\$ 280.200	\$ 0	\$ 280.200

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES				
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA		VALOR	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		\$ 0	\$ 0			\$ 42.700	\$ 42.700	\$ 0	\$ 0	\$ 42.700
SUBTOTALES:									\$ 42.700	\$ 0	\$ 0	\$ 42.700

TOTAL PAGADO:	\$ 541.800
----------------------	-------------------

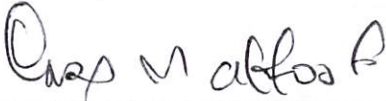
ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20260738 DEL 2026

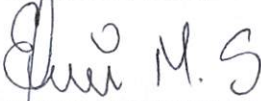
NO. DEL CONTRATO	CD20260738 DEL 2026
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	EFRAIN ALBERTO MOZO SILVA
NO. DE IDENTIDAD	84451869
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL GRUPO DE TRABAJO DEL CALL CENTER DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	DIEZ MILLONES DE PESOS M/CTE (\$10000000)
FORMA DE PAGO	El HUIJB cancelará al CONTRATISTA CUATRO (4) cuota(s) por valor de DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$2500000), 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 30 de abril de 2026.
CDP	1
REGISTRO PRESUPUESTAL	475
FECHA DE ACTA DE INICIO	14/01/2026
FECHA DE TERMINACION CONTRATO	30/04/2026
ADICION	
CDP DE LA ADICION	725
REGISTRO PRESUPUESTAL DE LA ADICION	2595
PLAZO ADICION	Las partes acuerdan MODIFICAR el tiempo de ejecución del contrato, prorrogando por dos (2) meses previa legalización, hasta el 30 de junio de 2025
FORMA DE PAGO ADICION	El HUIJB cancelará al CONTRATISTA 2 cuota(s) por valor de DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$2500000), 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.
FECHA DE TERMINACION DE CONTRATO CON ADICION	30/06/2026
VALOR ADICION	CINCO MILLONES DE PESOS (\$5.000.000)
VALOR FINAL DEL CONTRATO	QUINCE MILLONES DE PESOS M/CTE (\$15.000.000)
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 **CD20260738** por otra parte **EFRAIN ALBERTO MOZO SILVA**, identificado con la cedula de ciudadanía No. **84451869** 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 JUNIO de 2026.

SUPERVISOR,

CINDY SALLANNY MATTOS FIGUERA
55220303

CONTRATISTA,

EFRAIN ALBERTO MOZO SILVA
84451869

EFRAIN ALBERTO MOZO SILVA
84451869
MZ 101 CASA 5 CIUDADELA 29 JULIO
3006620054
EFRAINMOZOSILVA@HOTMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:		2026-06-30	
NOMBRES Y APELLIDOS:		EFRAIN ALBERTO MOZO SILVA	
DOCUMENTO:		84451869	
DIRECCIÓN:	MZ 101 CASA 5 CIUDADELA 29 JULIO	TELÉFONO:	3006620054
CORREO ELECTRONICO:		EFRAINMOZOSILVA@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:				CD20260738			
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:	475	CDP:	1	FECHA INICIO:	2026-01-14	FECHA FINAL:	2026-06-30
VALOR CONTRATO:		10.000.000,00		VALOR A PAGAR:		2.500.000,00	
BANCO A CONSIGNAR:		BANCO DE BOGOTA		TIPO DE CUENTA:		Ahorros	No. CUENTA: 564846376
CDP - ADICION:		755	RP - ADICION:	2592	VALOR ADICION:		5.000.000,00
PERIODO OBJETO DE COBRO:						Junio	

FIRMA

EFRAIN MOZO
EFRAIN ALBERTO MOZO SILVA
C.C. 84451869 expedida en SANTA MARTA