ANDREA CAROLINA CORVACHO ANAYA
1082849677
CRA 26 A # 16-33
3045771126
corvachoandrea@gmail.com

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2026-06-30**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	ANDREA CAROLINA CORVACHO ANAYA		
DOCUMENTO:	1082849677		
DIRECCIÓN:	CRA 26 A # 16-33	TELÉFONO:	3045771126
CORREO ELECTRONICO:	corvachoandrea@gmail.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:	CD20260731
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:	469	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:	bbva	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	00130517000200

CDP - ADICION:	749	RP - ADICION:	2586	VALOR ADICION:	5.000.000,00

PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Junio**

FIRMA



ANDREA CAROLINA CORVACHO ANAYA
C.C. 1082849677 expedida en SANTA MARTA

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

ANDREA CAROLINA CORVACHO ANAYA

CON C.C Nº 1,082,849,677

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.	**CD20260731**	**DE FECHA INICIO**	**14/1/2026**

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 estuve en ventanilla de fomag asigne 588 citas y atendi 785 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.
3	Se brindo informacion necesaria solicitada por los usuarios que se comunican por los diferentes canales habilitados por el servicio del call center
4	Realice la adecuda utilizacion de Sofware Tropa (citisalud)
5	Se realizó la correcta asignacion de citas en la fecha disponible mas cercana, teniendo en cuenta la oportunidad de las especialidades.
6	Informe a la coordinacion de las anomalias presentadas por el sottware
7	Guarde absoluta reserva de la informacion suministrada por el HUJMB
8	atendi a los pacientes de fomag,respondi whatsapp,confirme agenda y realice lista de espera

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**9505636258**	**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SALUD TOTAL**	**25/6/2026**	**$ 218,900**
PENSIÓN:	**PORVENIR**	**25/6/2026**	**$ 280,200**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**25/6/2026**	**$ 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:	Andrea Corvacho
N°. IDENTIFICACIÓN:	**CC.1,082,849,677**

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 1082849677		CORVACHO ANAYA ANDREA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 26 16 a 33	SANTA MARTA-MAGDALENA	3045771126	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	1000000245	9505636258	I	2026/06/19	2026/06/25	BANCO DE BOGOTA	6	$544,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
1	CC	1082849677	CORVACHO ANDREA	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS002	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,750,905	$42,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0

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 1082849677		CORVACHO ANAYA ANDREA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 26 16 a 33	SANTA MARTA-MAGDALENA	3045771126	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	1000000245	9505636258	I	2026/06/19	2026/06/25	BANCO DE BOGOTA	6	$544,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$1,300	$0	$281,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$1,300	$0	$281,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$200	$0	$42,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$42,700	$200	$0	$42,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$1,000	$0	$219,900
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$218,900	$1,000	$0	$219,900
TOTAL				**1**	**$541,800**	**$2,500**	**$0**	**$544,300**