CATALINA DEL CARMEN OROZCO JIMENEZ
26671405
KRA 26 B N 29 B 67 LAS MALBINAS
3012346221
ktaorozco79@gmail.com

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2026-07-30**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	CATALINA DEL CARMEN OROZCO JIMENEZ		
DOCUMENTO:	26671405		
DIRECCIÓN:	KRA 26 B N 29 B 67 LAS MALBINAS	TELEFONO:	3012346221
CORREO ELECTRONICO:	ktaorozco79@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:	CD20262837
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:	3707	CDP:	1199	FECHA INICIO:	2026-07-06	FECHA FINAL:	2026-07-31
VALOR CONTRATO:	2.700.000,00			VALOR A PAGAR:	2.700.000,00		
BANCO A CONSIGNAR:	BOGOTA			TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	235223021
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Julio**						

FIRMA

Catalina Orozco

CATALINA DEL CARMEN OROZCO JIMENEZ
C.C. 26671405 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

CATALINA DEL CARMEN OROZCO JIMENEZ

CON C.C Nº 26.671.405

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.	**CD20262837**	**DE FECHA INICIO**	**6/7/2026**

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 Julio asigne 262 citas, confirme la asistencia de las citas, 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. Y se hizo la debida repromación de pacientes con perdida de citas o alguna otra eventualidad.
3	Se brindo informacion necesaria solicitada por los usuarios que se comunican por los diferentes canales habilitados por el servicio del call center
4	Durante el mes de Julio realice mis actividades de la siguientes manera: en call center
5	Realice la adecuda utilizacion de Sofware Tropa (citisalud)
6	Se realizó la correcta asignacion de citas en la fecha disponible mas cercana, teniendo en cuenta la oportunidad de las especialidades.
7	Informe a la coordinacion de las anomalias presentadas por el sottware
8	Guarde absoluta reserva de la informacion suministrada por el HUJMB

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

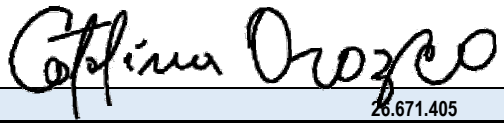
No. DE PLANILLA:	**6021834777**	**OPERADOR:**	**SOI**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SALUD TOTAL**	**21/7/2026**	**218.900**
PENSIÓN:	**PROTECCION**	**21/7/2026**	**280.200**
RIESGOS LABORALES:	**SURA**	**21/7/2026**	**42.700**

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:	**26.671.405**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	26671405
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CATALINA DEL CARMEN OROZCO JIMENEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	KR 26 B #29 B -67 MALVINAS	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:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**6021834777**		TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	junio	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	junio	AÑO 2026
DÍAS DE MORA:		19					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/07/21		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		498935030	

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
230201	230201- PROTECCION	1	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.900	$ 0	$ 280.200	$ 3.900	$ 284.100
SUBTOTALES:										**$ 280.200**	**$ 3.900**	**$ 284.100**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 3.100	$ 0	$ 218.900	$ 3.100	$ 0	$ 222.000
SUBTOTALES:													**$ 218.900**	**$ 3.100**	**$ 0**	**$ 222.000**

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
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 42.700	$ 42.700	$ 600	$ 0	$ 43.300
SUBTOTALES:									**$ 42.700**	**$ 600**	**$ 0**	**$ 43.300**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES						
																									PENSIÓN									SALUD						ARP													
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	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 26671405	OROZCO JIMENEZ CATALINA DEL CARMEN	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO	R-01																	230201-PROTECCION	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.750.905	26671405	$ 42.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 549.400

Planilla Pagada