SONIA PATRICIA ZABALA RODRIGUEZ
63352474
MAN V CASA 9 CONCEPCION 2
3043442108
JISOAN32@HOTMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2024-10-28**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	SONIA PATRICIA ZABALA RODRIGUEZ		
DOCUMENTO:	63352474		
DIRECCIÓN:	MAN V CASA 9 CONCEPCION 2	TELÉFONO:	3043442108
CORREO ELECTRONICO:	JISOAN32@HOTMAIL.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:	CD20245039
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN EL AREA DE AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

RP:	6189.	CDP:	1465	FECHA INICIO:	2024-10-15	FECHA FINAL:	2024-11-30

VALOR CONTRATO:	7.200.000,00	VALOR A PAGAR:	3.600.000,00

BANCO A CONSIGNAR:	BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	564847465

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

PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Octubre**

FIRMA

Sonia Zabala R.

SONIA PATRICIA ZABALA RODRIGUEZ
C.C. 63352474 expedida en BUCARAMANGA

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	63352474
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SONIA PATRICIA ZABALA RODRIGUEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BUCARAMANGA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	MANZANA V CASA 9	TELÉFONO:	2222222
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7946746902**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		8			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/10/25	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1003251355

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800227940	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 231.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 231.800**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 181.100
		SUBTOTAL:	1	**$ 181.100**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 35.400
		SUBTOTAL:	1	**$ 35.400**

VALOR SIN MORA:	**$ 445.500**
VALOR MORA:	**$ 2.800**
TOTAL PAGADO:	**$ 448.300**

Planilla Pagada

HUJMB 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

SONIA PATRICIA ZABALA RODRIGUEZ

CON C.C Nº 63.352.474

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL GRUPO DE TRABAJO DE AUDITORIA EN GLOSAS, DEVOLUCIONES Y FACTURACIÓN DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20245039**	**DE FECHA INICIO**	15/10/2024

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 especificas del objeto del contrato)
1	Relacioné en instrumentos y/o papeles de trabajo la auditoría de cuentas médicas consignando por escrito los hallazgos de auditoria con su respectiva codificación, diligenciando lo pertinente factura a factura clasificando No. de Admisión, No. De Historia Clínica, EPS y/o Pagador, Nombre del Facturador que elaboró la factura, Ingreso y Egreso del paciente (Estancia), Valor de la factura y Observaciones de la auditoria.
2	Verifiqué la afiliación de los pacientes atendidos según factura, consultando la base de datos del FOSYGA (Base de Afiliados compensados o en la Base de Datos Única), la base de datos del SISBEN y atenciones brindadas a un paciente que aparezca sin afiliación corresponda a un evento ECAT (Accidente de tránsito, Evento catastrófico) o un Accidente de trabajo; verificando a su vez la existencia de soportes que permitan corroborar que estuvieran cubiertos por una póliza del seguro obligatorio y/o el cargo a la empresa.
3	Revicé y constaté que cada factura lleve anexa, fotocopia del documento de identificación del paciente, fotocopia de la ficha del SISBEN, fotocopia del carné de la EPS, epicrisis para los pacientes con estancia hospitalaria, descripción quirúrgica si se realizó cirugía, autorización para los servicios que la requieran según el contrato o convenio interadministrativo suscrito como el caso de los vinculados adscritos a las Secretarias de Salud Distrital y/o Departamental, Y demás soportes de los servicios recibidos y facturados (Laboratorios, Exámenes de Rayos X, uso de hemocomponentes, material osteosíntesis, mallas, CTC para medicamentos no pos) y los demás que constituyan requisito para el pago de las facturas.
4	Revicé el precio de cada uno de los servicios prestados en la factura, frente a las tarifas del manual tarifario pactado o en su defecto el SOAT, o en el caso de los paquetes con determinadas EPS, verificando: tarifa, medicamentos y suministros determinados en el manual para los procedimientos de tipo terapéutico o diagnóstico, para los procedimientos quirúrgicos igual vía, diferente vía, diferentes profesionales, igual o diferente vía, procedimiento incruento o no, derechos de sala entre otros (días de estancia, ayudantía quirúrgica).
5	Realicé entrega al área de facturación las correspondientes prefacturas auditadas, para que se realice la búsqueda de los soportes faltantes en los respectivos aliados y/o servicios de ayuda diagnostica e imagenología y banco de sangre y se subsanen las inconformidades notificadas.
6	Total de prefacturas auditadas para el periodo de cobro 207 por un valor de $ 2.257.624.957
7	

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**7946746902**	**OPERADOR:**	**SOI**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SALUD TOTAL**	**25 DE OCTUBRE**	**$ 180,000**
PENSIÓN:	**COLFONDOS**	**25 DE OCTUBRE**	**$ 230,400**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**25 DE OCTUBRE**	**$ 35,100**

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 periodo correspondiente

FIRMA DEL CONTRATISTA:	Sonia Zabala R.
N°. IDENTIFICACIÓN:	63.352.474

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE	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 SONIA PATRICIA ZABALA RODRIGUEZ identificado con C.C. 63352474

Fecha de Diligenciamiento:	2024-10-28

I. DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN EL AREA DE AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

N° CONTRATO:	CD20245039	RP:	6189.0	CDP:	1465
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	7.200.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	3.600.000,00		
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2024-10-15	FECHA DE FINALIZACION:	2024-11-30		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIO JAVIER MANCERA SIERRA				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	GRUPO DE TRABAJO DE CONTABILIDAD				

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 Octubre

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

MARIO JAVIER MANCERA SIERRA
85203465
GRUPO DE TRABAJO DE CONTABILIDAD

HUJMB ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE	**ACTA INICIO**	CÓDIGO: GJC25F VERSIÓN: 01 FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024 Página 1 de 1

ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO.CD20245039 DEL 2024

NO. DEL CONTRATO	CD20245039
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	SONIA PATRICIA ZABALA RODRIGUEZ
NO. DE IDENTIDAD	63352474
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN EL AREA DE AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	SIETE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/L $7.200.000
FORMA DE PAGO	El HUJMB cancelará al CONTRATISTA 2 cuota(s), por valor de TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M/L. (3.600.000), 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 30/11/2024
CDP	1465
REGISTRO PRESUPUESTAL	6189
SUPERVISOR DEL CONTRATO	GRUPO DE TRABAJO DE CONTABILIDAD

Entre los suscritos a saber MARIO JAVIER MANCERA SIERRA, en su calidad de **GRUPO DE TRABAJO DE CONTABILIDAD** y quien actúa como Supervisor del contrato No. CD20245039 y por la otra, **SONIA PATRICIA ZABALA RODRIGUEZ**, 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 **15 oct 2024**

SUPERVISOR,

MARIO JAVIER MANCERA SIERRA
85203465

CONTRATISTA,

SONIA PATRICIA ZABALA RODRIGUEZ
63352474