**MARLY SHIRLEY PHISCO ROSADO**
**36723764**
**CALLE 17 N 2-30 TAGANGA**
**3177076413**
**MARLYSHIRLEY28@HOTMAIL.COM**

# CUENTA DE COBRO

## DATOS PERSONALES

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Diligenciamiento:** | **2024-11-26** | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS: | MARLY SHIRLEY PHISCO ROSADO | | |
| DOCUMENTO: | 36723764 | | |
| DIRECCIÓN: | CALLE 17 N 2-30 TAGANGA | TELÉFONO: | 3177076413 |
| CORREO ELECTRONICO: | MARLYSHIRLEY28@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: | CD20245082 |
| 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: | 6236. | CDP: | 1465 | FECHA INICIO: | 2024-10-16 | FECHA FINAL: | 2024-11-30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| VALOR CONTRATO: | 4.200.000,00 | VALOR A PAGAR: | 2.700.000,00 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| BANCO A CONSIGNAR: | BANCO DE BOGOTA | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | No. CUENTA: | 564846467 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CDP - ADICION: | 1648 | RP - ADICION: | 7080 | VALOR ADICION: | 600.000,00 |

| | |
|---|---|
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **Noviembre** |

## FIRMA

MARLY SHIRLEY PHISCO ROSADO
C.C. 36723764 expedida en SANTAN MARTA

| E.S.E. Hospital Universitario JULIO MÉNDEZ BARRENECHE | ACTA FINAL | CÓDIGO: GJC26F<br>VERSIÓN: 01<br>FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024<br>Página **1** de **1** |
|---|---|---|

**ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20245082 DEL 2024**

| | |
|---|---|
| **NO. DEL CONTRATO** | **CD20245082** |
| **NOMBRE DEL CONTRATANTE** | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | MARLY SHIRLEY PHYSCO ROSADO |
| **NO. DE IDENTIDAD** | 36.723.764 |
| **OBJETO DEL CONTRATO** | PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO 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** | 4.800.000 (CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS) |
| **FORMA DE PAGO** | MENSUAL |
| **PLAZO DE EJECUCIÓN** | PREVIA LEGALIZACION DEL CONTRATO SIN EXCEDER EL 30 DE NOVIEMBRE DEL 2024 |
| **CDP** | 1465 - 1648 |
| **REGISTRO PRESUPUESTAL** | 6236 - 7080 |
| **FECHA DE ACTA DE INICIO** | 16 DE OCTUBRE 2024 |
| **FECHA DE TERMINACION CONTRATO** | 30 DE NOVIEMBRE 2024 |
| **SUPERVISOR DEL CONTRATO** | MARIO JAVIER MANCERA SIERRA |

Entre los suscritos, **MARIO JAVIER MANCERA SIERRA,** mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **85.203.465** expedida en Santa Marta, obrando en calidad de **PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL GRUPO DE TRABAJO DE CONTABILIDAD** quien actúa como supervisor del contrato **Nª CD20245082** por otra parte **MARLY SHIRLEY PHYSCO ROSADO** identificado con la cedula de ciudadanía No. **36.723.764** 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 a los **30** días, del mes de **NOVIEMBRE** del año **2024.**

SUPERVISOR,

**MARIO JAVIER MANCERA SIERRA**
**C.C Nº. 85.203.465**

CONTRATISTA

**MARLY SHIRLEY PYHSCO ROSADO**
**C.C Nº.36.723.764**

| | | |
|---|---|---|
| HJMB E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE | FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO | CODIGO: GJC23F<br>VERSION: 003<br>FECHA DE ULTIMA REVISION: 22/08/2024<br>PAGINA 1 de 1 |

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y

MARLY SHIRLEY PHISCO ROSADO

CON C.C N° 36.723764

**I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

| | | | |
|---|---|---|---|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTACION DE SERVICIOS 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. | | |
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | CD20245082 | DE FECHA INICIO | 16/10/2024 |

| 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 específicas del objeto del contrato) |
|---|---|
| 1 | RECIBI HISTORIAS DE LOS SERVICION DE PEDIATRIA DE PEDIATRIA, UCI ADULTO Y UCI PEDIATRICA DE LAS DIFERENTES ENTIDADES DE SALUD A LA QUE LE PRESTAMOS EL SERVICIO EN EL MES DE NOVIEMBRE. |
| 2 | ORGANICE LAS HISTORIAS CLINICAS Y A SU VEZ CRITIQUE DIFERENTES EXAMENES DIAGNOSTICOS QUE PRESTARON A CADA UNO DE ELLAS. |
| 3 | REALICE SCANNER DE LAS HISTORIAS DE HOSPITALIZACION RECIBIDA CON SU DEBIDO SOPORTE EN EL MES DE NOVIEMBRE. |
| 4 | REALICE ALISTAMIENTO DE FACTURAS DE PEDIATRIA DE LAS DIFERENTES EPS POR VALOR DE $ 1.373.155.779 DEL MES DE NOVIEMBRE. |
| 5 | REALICE ALISTAMIENTO DE FACTURAS DE UCI PEDIATRICA Y UCI ADULTO DE LAS DIFERENTES EPS POR VALOR DE $ 1.810.382.940 DEL MES DE NOVIEMBRE. |
| 6 | CUMPLI CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR EL COORDINADOR EN EL MES DE NOVIEMBRE. |
| 7 | |

**III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | 9476766905 | OPERADOR: | APORTES EN LINEA |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | SANITAS | 22/11/2024 | 162,900 |
| PENSIÓN: | PROTECCION | 22/11/2024 | 208,500 |
| RIESGOS LABORALES: | POSITIVA | 22/11/2024 | 31,800 |

**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: | Marly Phisco R. |
| N°. IDENTIFICACIÓN: | 36.723.764 |

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 36723764 | | PHISCO ROSADO MARLY SHIRLEY | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | calle 17 # 2-30 | SANTA MARTA-MAGDALENA | 4321589 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-10 | 2024-10 | 1068200549 | 9476766905 | I | 2024/11/19 | 2024/11/22 | NEQUI | 3 | $403,200 |

**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)** | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | $31,700 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: Principal ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | $31,700 | | $0 | $0 |
| Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA ( 1 Afiliados) | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | $31,700 | | $0 | $0 |
| 1 | CC 36723764 | PHISCO MARLY | 230201 | 30 | $1,300,000 | $208,000 | EPS005 | 30 | $1,300,000 | $162,500 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $1,300,000 | $31,700 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | $31,700 | | $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 36723764 | | PHISCO ROSADO MARLY SHIRLEY | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | calle 17 # 2-30 | SANTA MARTA-MAGDALENA | 4321589 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-10 | 2024-10 | 1068200549 | 9476766905 | I | 2024/11/19 | 2024/11/22 | NEQUI | 3 | $403,200 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $208,000 | $500 | $0 | $208,500 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 1 | $208,000 | $500 | $0 | $208,500 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $31,700 | $100 | $0 | $31,800 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $31,700 | $100 | $0 | $31,800 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $162,500 | $400 | $0 | $162,900 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $162,500 | $400 | $0 | $162,900 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$402,200** | **$1,000** | **$0** | **$403,200** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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 MARLY SHIRLEY PHISCO ROSADO identificado con C.C. 36723764**

| Fecha de Diligenciamiento: | 2024-11-26 |
|---|---|

## 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: | CD20245082 | RP: | 6236.0 | CDP: | 1465 |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO: | 4.200.000,00 | VALOR DE HONORARIOS PERIODO: | 2.700.000,00 | | |
| FECHA DEL ACTA DE INICIO: | 2024-10-16 | 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: | 1648 | RP - ADICION: | 7080 | VALOR CONTRATO CON ADICION: | 600.000,00 |

## 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 Noviembre

## V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

MARIO JAVIER MANCERA SIERRA
85203465
GRUPO DE TRABAJO DE CONTABILIDAD