ELIANA MARIET COHEN VENGOECHEA
57294849
MZ 76 CASA 8 APTO 201 CIUDADELA 29 DE JULIO
4
ECOHENV@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2024-11-26**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	ELIANA MARIET COHEN VENGOECHEA		
DOCUMENTO:	57294849		
DIRECCIÓN:	MZ 76 CASA 8 APTO 201 CIUDADELA 2	TELÉFONO:	4
CORREO ELECTRONICO:	ECOHENV@GMAIL.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:	CD20245056

RP:	6448.	CDP:	1465	FECHA INICIO:	2024-10-24	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:	564846889
CDP - ADICION:	1626	RP - ADICION:	7058	VALOR ADICION:	600.000,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Noviembre**						

FIRMA

Eliana Cohen

ELIANA MARIET COHEN VENGOECHEA
C.C. 57294849 expedida en SANTA MARTA

Scanned with CamScanner

HJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO**	CODIGO: GJC23F VERSIÓN: 003 FECHA DE ULTIMA REVISION: 22/08/2024 PAGINA 1 de 1

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

ELIANA MARIET COHEN VENGOECHEA

CON C.C N° 57.294.849

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 DE FACTURACION DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20245056**	**DE FECHA INICIO**	**24/10/2024**

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	Realicé el cargue de 245 cirugias en el sistema de informacion Citisalud.
2	Realicé el cierre de facturas de 245 egresos con valor total de $486.006.831 en el servicio de CX AMB durante el mes de Noviembre del 2024. Discriminadas asi: Asociacion Mutualser eps 2, Cajacopi 3, Coosalud 212, Famisanar 3, EPS Sanitas3, Famisanar 3, Fideicomiso1, fiduprevisora consorcio 17, Nueva eps 4,
3	Realicé un control estricto del censo diario de pacientes del servicio.
4	Realice el cargue diario de procedimientos de apoyo diagnosticos en pacientes hospitalizados.
5	Durante el mes de noviembre cumplí con los turnos asignados para la realizacion de las tareas propias de mis actividades.
6	
7	

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**7944550601**	**OPERADOR:**	**NUEVO SOI**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SANITAS**	**11/1/2024**	**162,500**
PENSIÓN:	**PORVENIR**	**11/1/2024**	**208,000**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**11/1/2024**	**31,700**

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:	Eliana Cohen
N°. IDENTIFICACIÓN:	**57.294.849**

Scanned with CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	57294849
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ELIANA MARIET COHEN VENGOECHEA
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	MZ 76 C 8 APTO 201 CIUDADELA 29 DE JULIO	TELÉFONO:	4204027
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7944550601**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES octubre	AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES octubre AÑO 2024
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/11/01			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1019854851

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
230301	230301-PORVENIR	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 0	$ 208.000
SUBTOTALES:										**$ 208.000**	**$ 0**	**$ 208.000**

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
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500
SUBTOTALES:													**$ 162.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 162.500**

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
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 31.700	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 31.700
SUBTOTALES:									**$ 31.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 31.700**

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	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 57294849	COHEN VENGOECHEA ELIANA MARIET	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000	57294849	$ 31.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 402.200**

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

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20245056 DEL 2024

NO. DEL CONTRATO	CD20245056 DE 2024
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	ELIANA MARIET COHEN VENGOECHEA
NO. DE IDENTIDAD	57294849
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.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE $ 4.800.000
FORMA DE PAGO	MENSUAL
PLAZO DE EJECUCIÓN	PREVIA LEGALIZACION DEL CONTRATO SIN EXCEDER EL 30/11/2024
CDP	1465 - 1626
REGISTRO PRESUPUESTAL	6448 - 7058
FECHA DE ACTA DE INICIO	24/10/2024
FECHA DE TERMINACION CONTRATO	30/11/2024
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 Ana, obrando en calidad de **PROFESIONAL UNIVERSITARIO** quien actúa como supervisor del contrato **CD20245056** por otra parte **ELIANA MARIET COHEN VENGOECHEA** identificado con la cedula de ciudadanía No. **57.294.849** 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
85.203.465

CONTRATISTA,

Eliana Cohen.

ELIANA MARIET COHEN VENGOCHEA
57.294.849

COPIA

Scanned with CamScanner