DEYDER ENRIQUE MOLINA MANZUR
72149695
URBANIZACION VILLA DEL MAR MZA J CASA 4
6054404370
DEMOMA39@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2024-11-26**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	DEYDER ENRIQUE MOLINA MANZUR		
DOCUMENTO:	72149695		
DIRECCIÓN:	URBANIZACION VILLA DEL MAR MZA J	TELÉFONO:	6054404370
CORREO ELECTRONICO:	DEMOMA39@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:	CD20245052
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:	6447	CDP:	1465	FECHA INICIO:	2024-10-24	FECHA FINAL:	2024-12-31
VALOR CONTRATO:	4.800.000,00			VALOR A PAGAR:	2.400.000,00		
BANCO A CONSIGNAR:	DAVIVIENDA			TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	488400405533
CDP - ADICION:	1923	RP - ADICION:	7371	VALOR ADICION:	2.400.000,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Noviembre**						

FIRMA

DEYDER ENRIQUE MOLINA MANZUR
C.C. 72149695 expedida en BARRANQUILLA

Escaneado con CamScanner

HJMB E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	FORMATO INFORME DE SUPERVISOR	Código: GJCIDF	Versión: 1
		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 19/01/2024	

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y DEYDER ENRIQUE MOLINA MANZUR identificado con C.C. 72149695

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:	CD20245052	RP:	6447.0	CDP:	1465
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	4.800.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:			2.400.000,00
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2024-10-24	FECHA DE FINALIZACION:			2024-12-31
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIO JAVIER MANCERA SIERRA				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	GRUPO DE TRABAJO DE CONTABILIDAD				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

CDP - ADICION:	1923	RP - ADICION:	7371	VALOR CONTRATO CON ADICION:	2.400.000,00

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

Escaneado con CamScanner

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

DEYDER ENRIQUE MOLINA MANZUR

CON C.C Nº 72149695

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20245052**	**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 específicas del objeto del contrato)
1	**Solicitud de autorización de servicios al ente responsable de pago: Durante el periodo de noviembre 2024 cumpli con mis actividades asignadas gestionando ante las distintas EPS y Entes Territoriales todas las autorizaciones de servicios hospitalarios de Quirurgica, ordenadas por la parte asistencial. (cirugias, estudios y procedimientos) gestionadas y autorizados con cada EPS y Ente territorial. En mi roll de autorizador de los servicios de Hospitalizacion Quirurgica (4piso) , puedo dar fe que egresaron durante el periodo del mes de octubre de este servicio pacientes asi: CAJACOPI EPS-S (27) , COOSALUD EPS- (99), MUTUALSER EPS-S (12), SALUD TOTAL (6), NUEVA EPS-S (27), FIDECOMISO (1), EPS FAMILIAR DE COLOMBIA SAS (1), SECRETARIA DISTRITAL DE SANTA MARTA SECRETARIA (7), SECRETARIA DEPARTAMENTAL DEL MAGDALENA (1), FAMISANAR EPSS (2),), POLICIA METROPOLITANA DE SANTA MARTA (9) ADRES - ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (2), SANITAS EPSS (2), EPSS SURA (1) . Para un total de (2029) egresos, los cuales fueron gestionados y se ecuentran autorizados y cargados en la carpeta Drive de autorizaciones hospitalaria donde pueden ser verificadas. Cabe aclarar que solo la EPS CAJACOPI no estan autorizando de manera eficiente y que a la fecha tenemos pendiente de meses anteriores y actual (110) egresos por autorizacion del servicio de quirurgica para poder radicar las facturas de cobro.Toda esta gestion se realiza conforme a los parametros establecidos por el Hujmb, bajo el marco de la normatividad vigente Decreto 4747 de diciembre 7 de 2007 y Resolucion 3047 de 14 de agosto 2008,**
2	**Censo diario de pacientes hospitalizados en los diferentes servicios asistenciales de la E.S.E.: Durante el periodo objeto de gestion se realizó un control estricto del censo diario de pacientes del servicio de quirurgica que ingresan y de los que son trasladados para otros servicios.se solicitaron para solicitar autorizaciones de cambio de servicio. Toda esta gestion apoyada a traves de los correos institucionales, llamadas telefonicas y plataforma de las distintas Eps.**
3	**Durante el mes de noviembre cumplí con todos los turnos asigandos para la realizacion de las tareas diarias propias de mis actividades**
4	**Garantizar la adecuada utilización de la herramienta sistemática (software) entregada por el HUJMB: Existe este compromiso de mantener bajo reserva toda la informacion que se genere dentro de la institucion**
5	**Garantizar la gestión de manera eficiente de sus actividades, evitando el uso de cualquier aparato electrónico (celular, tabletas, etc.) que no sea para uso institucional.**

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**7942782033**	**OPERADOR:**	**SOI**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SALUD TOTAL**	**21/11/2024**	**162,500**
PENSIÓN:	**SALUD TOTAL**	**21/11/2024**	**208,000**
RIESGOS LABORALES:	**SALUD TOTAL**	**21/11/2024**	**31,700**

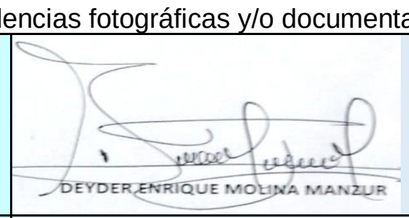
IV.DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

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:	
N°. IDENTIFICACIÓN:	**72149695**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	72149695
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DEYDER ENRIQUE MOLINA MANZUR
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	MZ J CS4 URB VILLA DEL MAR	TELÉFONO:	4216272
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7946464710**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	octubre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	octubre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/11/21	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1066010847

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		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 208.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 208.000**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 162.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 162.500**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 31.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 31.700**

VALOR SIN MORA:	**$ 402.200**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 402.200**

Planilla Pagada