ELEINE SANDRID CARO DE HOZ
1080421583
CALLE 110 # 14B-26 LA PAZ
3244431494
ELEINECARO6@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2024-11-26**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	ELEINE SANDRID CARO DE HOZ		
DOCUMENTO:	1080421583		
DIRECCIÓN:	CALLE 110 # 14B-26 LA PAZ	TELÉFONO:	3244431494
CORREO ELECTRONICO:	ELEINECARO6@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:	CD20245129
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS COMO APOYO ADMINISTRATIVO EN EL AREA DE AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS, GLOSAS Y CONCILIACIONES DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

RP:	6441.	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:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	51767242046

CDP - ADICION:	1672	RP - ADICION:	7104	VALOR ADICION:	600.000,00

PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Noviembre**

FIRMA

Eleine Caro

ELEINE SANDRID CARO DE HOZ
C.C. 1080421583 expedida en SANTA MARTA

HJMB 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

ELEINE SANDRID CARO DE LA HOZ

CON C.C Nº 1080421583

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO APOYO ADMINISTRATIVO EN EL AREA DE AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS, GLOSAS Y CONCILIACIONES DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20245129**	**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	Recepcion de las glosas emitidas por las diferentes EPS que fueron recibidas por medios fisicos y electronicos en el mes de Octubre; estas se montan en la malla institucional excel y enviadas a los auditores asignados. Aplicación y contestación de mallas.
2	Se aplicaron mallas institucionales tipificaciones: COOSALUD 525 facturas por $658.004.560
3	Se realizaron mallas institucionales tipificaciones: CAJACOPI 1 facturas por $2.880.500
4	Se aplicaron mallas institucionales tipificaciones: SURA 19 facturas por $1.081.936
5	Se realizaron mallas institucionales tipificaciones: SANITAS 18 facturas por $73.110.132
6	Se realizaron mallas institucionales tipificaciones: SECRETARIA DEL MAG 5 facturas por $33.146.362
7	Se realizaron mallas institucionales tipificaciones: Clinica general del norte 3 facturas por $31.956.003
8	Se realizaron mallas institucionales tipificaciones: Mutualser 9 facturas por $58.895.318

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9476781623	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	COOSALUD	5/11/2024	**$ 162,500**
PENSIÓN:	COLPENSIONES	5/11/2024	**$ 208,000**
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	5/11/2024	**$ 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:	Eleine Caro
Nº. IDENTIFICACIÓN:	**1.080.421.583**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1080421583		CARO DE LA HOZ ELEINE SANDRID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 109b#14-26	SANTA MARTA-MAGDALENA	3244431494	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	1025903857	9476781623	I	2024/11/22	2024/11/05	NEQUI	0	$402,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$0	$0	$31,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$31,700	$0	$0	$31,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				**1**	**$402,200**	**$0**	**$0**	**$402,200**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1080421583		CARO DE LA HOZ ELEINE SANDRID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 109b#14-26	SANTA MARTA-MAGDALENA	3244431494	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	1025903857	9476781623	1	2024/11/22	2024/11/05	NEQUI	0	$402,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1080421583	CARO ELEINE																		25-14	30	$1,300,000	$208,000	ESSC24	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,300,000	$31,700	0	$0	$0	No	$402,200
Total	Afiliados(1)																						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0		$402,200

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 ELEINE SANDRID CARO DE HOZ identificado con C.C. 1080421583

Fecha de Diligenciamiento:	2024-11-26

I. DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS COMO APOYO ADMINISTRATIVO EN EL AREA DE AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS, GLOSAS Y CONCILIACIONES DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

N° CONTRATO:	CD20245129	RP:	6441.0	CDP:	1465
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	4.200.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	2.700.000,00		
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2024-10-24	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:	1672	RP - ADICION:	7104	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