ROCIO DEL SOCORRO DE LA HOZ VILORIA
36561895
CALLE 9 34A 33
0
RODELAHOZV@GMAIL.COM

# CUENTA DE COBRO

## DATOS PERSONALES

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Diligenciamiento:** | **2024-12-19** | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS: | ROCIO DEL SOCORRO DE LA HOZ VILORIA | | |
| DOCUMENTO: | 36561895 | | |
| DIRECCIÓN: | CALLE 9 34A 33 | TELÉFONO: | 0 |
| CORREO ELECTRONICO: | RODELAHOZV@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: | CD20246129 |
| 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: | 7680 | CDP: | 2062 | FECHA INICIO: | 2024-12-06 | FECHA FINAL: | 2024-12-31 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| VALOR CONTRATO: | 2.400.000,00 | VALOR A PAGAR: | 2.400.000,00 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| BANCO A CONSIGNAR: | Bancolombia | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | No. CUENTA: | 51610384092 |

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

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

**FIRMA**

ROCIO DEL SOCORRO DE LA HOZ VILORIA
C.C. 36561895 expedida en SANTA MARTA

| | | |
|---|---|---|
| E.S.E. Hospital Universitario JULIO MÉNDEZ BARRENECHE | **ACTA INICIO** | CÓDIGO: GJC25F<br>VERSIÓN: 01<br>FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024<br>Página **1** de **1** |

## ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO.CD20246129 DEL 2024

| | |
|---|---|
| **NO. DEL CONTRATO** | CD20246129 |
| **NOMBRE DEL CONTRATANTE** | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | ROCIO DEL SOCORRO DE LA HOZ VILORIA |
| **NO. DE IDENTIDAD** | 36561895 |
| **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** | DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/L $2.400.000 |
| **FORMA DE PAGO** | El HUJMB cancelará al CONTRATISTA 1 cuota(s), por valor de DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/L. (2.400.000), 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 31/12/2024 |
| **CDP** | 2062 |
| **REGISTRO PRESUPUESTAL** | 7680 |
| **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. CD20246129 y por la otra, **ROCIO DEL SOCORRO DE LA HOZ VILORIA**, 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 **6 dic 2024**

SUPERVISOR,

**MARIO JAVIER MANCERA SIERRA**
85203465

CONTRATISTA,

**ROCIO DEL SOCORRO DE LA HOZ VILORIA**
36561895

| HJMB JULIO MENDEZ 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

ROCIO DEL SOCORRO DE LA HOZ VILORIA

CON C.C Nº 36.561.895

**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. | CD20246129 | DE FECHA INICIO | 06/12/2024 |

| 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 | Se realizo actividades correspondientes a revision de documentos y soportes de las diferentes EAPBs para su respectivo armado |
| 2 | Se realizo descargue de historias clinicas, resultado de laboratorio, ayudas Dx (imagenologia), terapias fisicas que soportan las atenciones de C.Ext |
| 3 | Se realizo el escaneo y armado de soportes de atenciones de consulta externa correspondiente al mes de noviembre de 2024 por total de 629 : coosalud 42, regional 219, sanitas 57 batallon 7, cajacopi 71, capital salud 1, compensar 6, familiar de colombia 10, ppl 3, fiduprevisora 191, norsalud 11, quimiosalud 4, savia salud 1, sumimedical 6, |
| 4 | Se realizo revision de las factura de Aseguramiento y se hizo relacion de las que ttuvieron inconsistencias en su autorizacion vs facturacion |
| 5 | Se da apoyo en horas de alto trafico al area de ventanilla en la atencion a usuarios para facturacion de citas y procedimientos de consulta externa |
| 6 | se realizofacturacion, armado y escaneo de factura de Coosalud 42 $45,034,312. nueva eps 1 $60,000. regional 1 $52,500 |

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

| No. DE PLANILLA: | 9478306783 | OPERADOR: | APORTES EN LINEA |
|---|---|---|---|
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | SANITAS | 16/12/2024 | 162.500 |
| PENSIÓN: | PROTECCION | 16/12/2024 | 208.000 |
| RIESGOS LABORALES: | POSITIVA | 16/12/2024 | 31.700 |

**IV.DECLARACIONES DEL CONTRATISTA**

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo 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: |  |
| N°. IDENTIFICACIÓN: | 36561895 |

| | | |
|---|---|---|
| HJMB ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | **ACTA FINAL** | CODIGO: GJC26F<br>VERSION: 002<br>FECHA ULTIMA DE REVISION: 12/12/2024<br>PAGINA 1 de 1 |

## ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20246129 DEL 2024

| | |
|---|---|
| **NO. DEL CONTRATO** | **CD20246129 2024** |
| **NOMBRE DEL CONTRATANTE** | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | ROCIO DEL SOCORRO DE LA HOZ VILORIA |
| **NO. DE IDENTIDAD** | 36561895 |
| **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** | 2.400.000 |
| **FORMA DE PAGO** | MENSUAL |
| **PLAZO DE EJECUCIÓN** | PREVIA LEGALIZACION DEL CONTRATO SIN EXCEDER 31 DE DICIEMBRE 2024 |
| **CDP** | 2062 |
| **REGISTRO PRESUPUESTAL** | 7680 |
| **FECHA DE ACTA DE INICIO** | 06/12/2024 |
| **FECHA DE TERMINACION CONTRATO** | 31/12/2024 |
| **ADICION** | |
| **CDP DE LA ADICION** | NA |
| **REGISTRO PRESUPUESTAL DE LA ADICION** | NA |
| **PLAZO ADICION** | NA |
| **FORMA DE PAGO ADICION** | NA |
| **FECHA DE TERMINACION DE CONTRATO CON ADICION.** | NA |
| **VALOR ADICION** | NA |
| **VALOR FINAL DEL CONTRATO** | NA |
| **SUPERVISOR DEL CONTRATO** | **MARIO JAVIER MANCERA SIERRA** |

Entre los suscritos **MARIO JAVIER MANCERA SIERRA,** mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía **85.203.465** expedida en Santa Ana, obrando en calidad de **PROFESIONAL UNIVERSITARIO- CONTABILIDAD** quien actúa como supervisor del contrato **CD20246129** por otra parte **ROCIO DEL SOCORRO DE LA HOZ VILORIA,** identificado con la cedula de ciudadanía No **36561895** 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 del mes de **diciembre** del año **2024**

SUPERVISOR,

**MARIO JAVIER MANCERA SIERRA**
**CC. 85.203.465**

CONTRATISTA,

**ROCIO DEL SOCORRO DE LA HOZ VILORIA**
**CC. 36561895**

GENERALES DEL APORTANTE

| dificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1895 | | DE LA HOZ VILORIA ROCIO DEL SOCORRO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | calle 9 # 34 a -33 | SANTA MARTA-MAGDALENA | 3012596729 | No |

GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ón | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| | 2024-11 | 1131010173 | 9478306783 | I | 2024/12/23 | 2024/12/16 | BANCOLOMBIA | 0 | $402,200 |

**DACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **a: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | **$1,300,000** | **$208,000** | | | **$1,300,000** | **$162,500** | | | **$0** | **$0** | | | **$1,300,000** | **$31,700** | | **$0** | **$0** |
| **de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | $31,700 | | $0 | $0 |
| 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 |
| CC 36561895 | DE LA HOZ ROCIO | 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 |
| **Afiliados( 1)** | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | $31,700 | | $0 | $0 |

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 36561895 | | DE LA HOZ VILORIA ROCIO DEL SOCORRO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | calle 9 # 34 a -33 | SANTA MARTA-MAGDALENA | 3012596729 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-11 | 2024-11 | 1131010173 | 9478306783 | I | 2024/12/23 | 2024/12/16 | BANCOLOMBIA | 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 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 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 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $162,500 | $0 | $0 | $162,500 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$402,200** | **$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 ROCIO DEL SOCORRO DE LA HOZ VILORIA identificado con C.C. 36561895**

| | |
|---|---|
| Fecha de Diligenciamiento: | 2024-12-19 |

## 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: | CD20246129 | RP: | 7680 | CDP: | 2062 |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO: | 2.400.000,00 | VALOR DE HONORARIOS PERIODO: | 2.400.000,00 | | |
| FECHA DEL ACTA DE INICIO: | 2024-12-06 | 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: | 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 Diciembre

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

MARIO JAVIER MANCERA SIERRA
85203465
GRUPO DE TRABAJO DE CONTABILIDAD