YUNIA CECILIA QUINTO PALACIOS
1017237354
CALLE 43# 27-161 CONJUNTO MIRADOR DE LA SIERRA
3136039158
YUNIAQUINTOPALACIOS@OUTLOOK.ES

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2024-12-19**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	YUNIA CECILIA QUINTO PALACIOS		
DOCUMENTO:	1017237354		
DIRECCIÓN:	CALLE 43# 27-161 CONJUNTO MIRADO	TELÉFONO:	3136039158
CORREO ELECTRONICO:	YUNIAQUINTOPALACIOS@OUTLOOK.ES		

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:	CD20245037
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN EL AREA DE AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

RP:	6053.	CDP:	1465	FECHA INICIO:	2024-10-01	FECHA FINAL:	2024-12-31

VALOR CONTRATO:	7.200.000,00	VALOR A PAGAR:	3.600.000,00

BANCO A CONSIGNAR:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	4884299231 36

CDP - ADICION:	1896	RP - ADICION:	7322	VALOR ADICION:	3.600.000,00

PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Diciembre**

FIRMA

YUNIA CECILIA QUINTO PALACIOS
C.C. 1017237354 expedida en MEDELLIN

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ 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 YUNIA CECILIA QUINTO PALACIOS identificado con C.C. 1017237354

Fecha de Diligenciamiento:	2024-12-19

I. DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN EL AREA DE AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

N° CONTRATO:	CD20245037	RP:	6053.0	CDP:	1465
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	7.200.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	3.600.000,00		
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2024-10-01	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:	1896	RP - ADICION:	7322	VALOR CONTRATO CON ADICION:	3.600.000,00

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 Diciembre

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

MARIO JAVIER MANCERA SIERRA
85203465
GRUPO DE TRABAJO DE CONTABILIDAD

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. CD20245037 DEL 2024

NO. DEL CONTRATO	CD20245037 DE 2024
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	YUNIA CECILIA QUINTO PALACIOS
NO. DE IDENTIDAD	1017237354
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN EL AREA DE AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	DIEZ MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/L.10.800.000
FORMA DE PAGO	EL HUJMB CANCELARÁ AL CONTRATISTA 3 CUOTA (S) POR VALOR DE TRES MILLONES SEICIENTOS MIL PESOS M/L. (3.600.000), DE CONFORMIDAD CON EL INFORME DE EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES REALIZADAS, PREVIA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO EXPEDIDA POR PARTE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO
PLAZO DE EJECUCIÓN	3 MESES
CDP	1465
ADICIÓN CDP	1896
REGISTRO PRESUPUESTAL	6053
ADICION RP	7322
FECHA DE ACTA DE INICIO	01/10/2024
FECHA DE TERMINACION CONTRATO	31/12/2024
SUPERVISOR DEL CONTRATO	GRUPO DE TRABAJO DE CONTABILIDAD

Entre los suscritos, **MARIO JAVIER MANCERA SIERRA,** mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **85203465**, obrando en calidad de GRUPO DE TRABAJO DE CONTABILIDAD quien actúa como supervisor del contrato **CD20245037** por otra parte YUNIA CECILIA QUINTO PALACIOS, identificado con la cedula de ciudadanía No. **1017237354** 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 el mes de diciembre del año 2024

SUPERVISOR,

MARIO JAVIER MANCERA SIERRA
85203465

CONTRATISTA,

YUNIA CECILIA QUINTO PALACIOS
1017237354

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1017237354		QUINTO PALACIOS YUNIA CECILIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 43# 27-161	SANTA MARTA-MAGDALENA	3136039158	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	1136745872	9477871500	I	2024/12/12	2024/12/18	NEQUI	6	$447,500

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	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						**$1,440,000**	**$230,400**			**$1,440,000**	**$180,000**			**$0**	**$0**			**$1,440,000**		**$35,100**		**$0**	**$0**		**$445,500**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						**$1,440,000**	**$230,400**			**$1,440,000**	**$180,000**			**$0**	**$0**			**$1,440,000**		**$35,100**		**$0**	**$0**		**$445,500**
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)																						**$1,440,000**	**$230,400**			**$1,440,000**	**$180,000**			**$0**	**$0**			**$1,440,000**		**$35,100**		**$0**	**$0**		**$445,500**
1	CC	1017237354 QUINTO YUNIA																		25-14	30	$1,440,000	$230,400	EPS037	30	$1,440,000	$180,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,440,000	2.436%	$35,100	0	$0	$0	No	$445,500
Total	**Afiliados(1)**																					$1,440,000	$230,400			$1,440,000	$180,000			$0	$0			$1,440,000		$35,100		$0	$0		$445,500

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1017237354		QUINTO PALACIOS YUNIA CECILIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 43# 27-161	SANTA MARTA-MAGDALENA	3136039158	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	1136745872	9477871500	I	2024/12/12	2024/12/18	NEQUI	6	$447,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$230,400	$1,000	$0	$231,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$230,400	$1,000	$0	$231,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$35,100	$200	$0	$35,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$35,100	$200	$0	$35,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$180,000	$800	$0	$180,800
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$180,000	$800	$0	$180,800
TOTAL				**1**	**$445,500**	**$2,000**	**$0**	**$447,500**

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ 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 YUNIA CECILIA QUINTO PALACIOS CON C.C Nº 1017237354			
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN EL AREA DE AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20245037	DE FECHA INICIO	1/10/2024

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	Relacione en instrumentos y/o papeles de trabajo la auditoria de cuentas medicas consignando por escrito los hallazgos de auditoria con su respectiva codificación, diligenciando lo pertinente factura a factura clasificando No. de Admisión, No. De Historia Clínica, EPS y/o Pagador, Nombre del Facturador que elaboró la factura, Ingreso y Egreso del paciente (Estancia), Valor de la factura y Observaciones de la auditoria.
2	Verifiqué la afiliación de los pacientes atendidos según factura, consultando la base de datos del FOSYGA (Base de Afiliados compensados o en la Base de Datos Única), la base de datos del SISBEN y atenciones brindadas a un paciente que aparezca sin afiliación corresponda a un evento ECAT (Accidente de tránsito, Evento catastrófico) o un Accidente de trabajo; verificando a su vez la existencia de soportes que permitan corroborar que estuvieran cubiertos por una póliza del seguro obligatorio y/o el cargo a la empresa.
3	Revicé y constaté que cada factura lleve anexa, fotocopia del documento de identificación del paciente, fotocopia de la ficha del SISBEN, fotocopia del carné de la EPS, epicrisis para los pacientes con estancia hospitalaria, descripción quirúrgica si se realizó cirugía, autorización para los servicios que la requieran según el contrato o convenio interadministrativo suscrito como el caso de los vinculados adscritos a las Secretarias de Salud Distrital y/o Departamental, Y demás soportes de los servicios recibidos y facturados
4	Revicé el precio de cada uno de los servicios prestados en la factura, frente a las tarifas del manual tarifario pactado o en su defecto el SOAT, o en el caso de los paquetes con determinadas EPS, verificando: tarifa, medicamentos y suministros determinados en el manual para los procedimientos de tipo terapéutico o diagnóstico, para los procedimientos quirúrgicos igual vía, diferente vía, diferentes profesionales, igual o diferente vía, procedimiento incruento o no, derechos de sala entre otros (días de estancia, ayudantía quirúrgica).
5	Realice entrega al area de facturación las correspondientes prefacturas auditadas, para que se realice la busqueda de los soportes faltantes en los respectivos aliados y/o servicios de ayuda diagnostica e imagenología y banco de sangre y se subsanen las inconformidades notificadas.
6	Total de prefacturas auditadas para el periodo de cobro 132 por un valor de $1,348,589,492

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	9477871500	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	Nueva Eps	18/12/2024	180.800
PENSIÓN:	Colpensiones	18/12/2024	231,400
RIESGOS LABORALES:	Positiva	18/12/2024	35,300

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:	1,017,237,354 DE MEDELLIN