CAROLAIN ANDREA DURAN RIOS
1082890505
MZ 31 CASA 7 CIUDADELA 29 DE JULIO
3186588507
CAROLAYDURAN036@GMAIL.COM

# CUENTA DE COBRO

## DATOS PERSONALES

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Diligenciamiento:** | **2025-01-27** | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS: | CAROLAIN ANDREA DURAN RIOS | | |
| DOCUMENTO: | 1082890505 | | |
| DIRECCIÓN: | MZ 31 CASA 7 CIUDADELA 29 DE JULIO | TELÉFONO: | 3186588507 |
| CORREO ELECTRONICO: | CAROLAYDURAN036@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: | CD20250643 |
| 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: | 259 | CDP: | 1 | FECHA INICIO: | 2025-01-07 | FECHA FINAL: | 2025-03-31 |

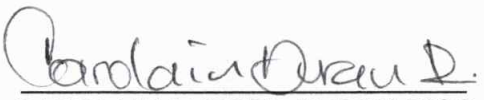
| | | | |
|---|---|---|---|
| VALOR CONTRATO: | 7.200.000,00 | VALOR A PAGAR: | 2.400.000,00 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| BANCO A CONSIGNAR: | BANCO BOGOTA | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | No. CUENTA: | 564847606 |

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

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

## FIRMA



CAROLAIN ANDREA DURAN RIOS
C.C. 1082890505 expedida en SANTA MARTA

| | | |
|---|---|---|
| E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE | **ACTA INICIO** | CÓDIGO: GJC25F<br>VERSIÓN: 002<br>FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 09/1/2025<br>PÁGINA 1 de 1 |

**ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO.CD20250643 DEL 2025**

| | |
|---|---|
| **NO. DEL CONTRATO** | CD20250643 |
| **NOMBRE DEL CONTRATANTE** | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | CAROLAIN ANDREA DURAN RIOS |
| **NO. DE IDENTIDAD** | 1082890505 |
| **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** | SIETE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/L 7.200.000 |
| **FORMA DE PAGO** | El HUJMB cancelará al CONTRATISTA 3 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 de marzo de 2025 |
| **CDP** | 1 |
| **REGISTRO PRESUPUESTAL** | 259 |
| **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, CD20250643 y por la otra, **CAROLAIN ANDREA DURAN RIOS**, 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 **7 de enero de 2025**

SUPERVISOR,

**MARIO JAVIER MANCERA SIERRA**
85203465

CONTRATISTA,

**CAROLAIN ANDREA DURAN RIOS**
1082890505

COPIA CONTROLADA

Scanned with CamScanner

| | | |
|---|---|---|
| HJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO 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**

**CAROLAIN ANDREA DURAN RIOS**

**CON C.C Nº 1.082.890.505**

**I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

| | | | |
|---|---|---|---|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION 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. | CD20250643 | DE FECHA INICIO | 07/01/2025 |

| 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 | Cumplo con las actividades asignadas por el supervisor , en el servicio Gineco-bstetricia y urgencia ginecologica |
| 2 | Realice el cargue y descargue de 80 historias clinicas en el sistema de informacion Citisalud y realice el cierre de facturas desde el 19 de DIEMBRE hasta el 22 de ENERO por un valor total de $ 406.875.353 en el servicio de Ginecobstetricia y Urgencia Ginecologica, Mutual ser 7, cajacopi 5, coosalud 42, Nueva eps 12, secretaria distrital 8, Polocia 1, Familiar de colombia 1, Dusakawi 1, sanitas y Salud total 1. |
| 3 | Realice el cargue diario de procedimientos de apoyo diagnosticos en pacientes hospitalizados. |
| 4 | Si, realizo el cierre de las facturas previamente verificadas y auditadas, tambien realice la auditoria de historias clinicas por un valor menos a $3.000.000 y generar las factuas de las mismas |
| 5 | Durante el mes he realizado 80 egresos y facturados por un valor $406.875.353 en el servicio Ginecobstetricia y Urgencia ginecologica 3 piso |
| 6 | Durante el mes de ENERO cumpli con los turnos de fines de semana asignados por mi coordinado. |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | 31962312 | OPERADOR: | ASOPAGOS |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | MUTUALSER | 27/01/2025 | 162,500 |
| PENSIÓN: | PROTECCION | 27/01/2025 | 208,000 |
| RIESGOS LABORALES: | POSITIVA | 2701/2025 | 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 período correspondiente

| | |
|---|---|
| FIRMA DEL CONTRATISTA: | Carolain Duran Rios |
| Nº. IDENTIFICACIÓN: | 1.082.890.505 |

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZÓN SOCIAL : | CAROLAIN ANDREA DURAN RIOS |
| IDENTIFICACIÓN: | CC-1082890505 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| FECHA GENERACIÓN REPORTE: | 2025-01-27 |
| FECHA LÍMITE DE PAGO: | 2025-01-27 |
| FECHA DE PAGO: | 2025-01-27 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO DE BOGOTA |
| PERÍODO PENSIÓN: | 2024-12 |
| PERÍODO SALUD: | 2024-12 |
| NÚMERO PLANILLA: | 31962312 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 31962312 |
| TIPO DE PLANILLA: | I |

| CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NÚMERO AFILIADOS | IBC | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ESSC07 | 806008394 | EPS-S MUTUAL - MOV | 1 | $ 1.300.000 | $ 0 | $ 0 | $ 2.500 | $ 162.500 | $ 165.000 |
| 230201 | 800229739 | PROTECCION | 1 | $ 1.300.000 | $ 0 | $ 0 | $ 3.200 | $ 208.000 | $ 211.200 |
| 14-23 | 860011153 | POSITIVA | 1 | $ 1.300.000 | $ 0 | $ 0 | $ 500 | $ 31.700 | $ 32.200 |
| | | | | Total a pagar | $ 0 | $ 0 | $ 6.200 | $ 402.200 | $ 408.400 |

PAGADO

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 04/02/2025 |

| E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA | 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 CAROLAIN ANDREA DURAN RIOS identificado con C.C. 1082890505**

| Fecha de Diligenciamiento: | 2025-01-27 |
|---|---|

## 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: | CD20250643 | RP: | 259 | CDP: | 1 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO: | 7.200.000,00 | VALOR DE HONORARIOS PERIODO: | 2.400.000,00 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| FECHA DEL ACTA DE INICIO: | 2025-01-07 | FECHA DE FINALIZACION: | 2025-03-31 |

| | |
|---|---|
| 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 Enero

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

MARIO JAVIER MANCERA SIERRA
85203465
GRUPO DE TRABAJO DE CONTABILIDAD