ANDREA CAROLINA MANJARREZ QUINTERO
1004365444
CARRERA 16A #6-53
00000000000
CAROLY0110@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2025-02-26**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	ANDREA CAROLINA MANJARREZ QUINTERO		
DOCUMENTO:	1004365444		
DIRECCIÓN:	CARRERA 16A #6-53	TELÉFONO:	00000000000
CORREO ELECTRONICO:	CAROLY0110@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:	CD20250608						
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:	485	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:	235293495
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Febrero**						

FIRMA

Andrea Marjorie Quintero

ANDREA CAROLINA MANJARREZ QUINTERO
C.C. 1004365444 expedida en SANTA MARTA

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

ANDREA CAROLINA MANJARREZ QUINTERO

CON C.C Nº 1.004.365.444

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.	**CD20250608**	**DE FECHA INICIO**	**7/01/2025**

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 específicas del objeto del contrato)
1	**DURANTE EL MES DE FEBRERO REALICE EL ALISTAMIENTO, ARMADO DE CARPETAS Y DESGLOSADA DE 615 FACTURAS DEPENDIENDO DE LA EPS Y ESCANEANDO SUS RESPECTIVOS SOPORTES PARA SU DEBIDA RADICACION.**
2	**DESCARGUE HISTORIAS CLINICAS, RESULTADOS DE LABORATORIO E IMAGENOLOGIA, CORRESPONDIENTES A LO ARMADO EN EL MES CORRESPONDIENTE.**
3	**REALICE CONTINGENCIA EL SABADO 22/02/2024, REVISANDO Y AUDITANDO 429 FACTURAS QUE SE ENCONTRABAN EN CUENTA DE COBRO Y REALICE EL ALISTAMIENTO DE 56 FACTURAS DE COOSALUD 2024.**
4	**REALICE UN TOTAL DE FACTURAS DE LOS DIFERENTES SERVICIO DE PROCEDIMIENTO AMBULATORIO Y CONSULTA EXTERNA POR UN VALOR DE $ 73.870.881 DISCRIMINADO POR EPS DE LA SIGUIENTE MANERA: CAJACOPI $1.093.680, COOSALUD $17.572.278, MUTUAL SER $329.600, FAMILIAR DE COLOMBIA $246.060,SANITAS $1.364.670 FIDUPREVISORA $7.691.136, NUEVA EPS $4.140.980, PARTICULARES $821.800, REGIONAL $4.543.960,SUMIMEDICAL $473.100, UNION TEMPORAL $995485.**

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**9480816870**	**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**
SOISOI	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**NUEVAEPS**	**24/2/2025**	**178.000**
PENSIÓN:	**PORVENIR**	**24/2/2025**	**227.800**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**24/2/2025**	**34.700**

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:	Andrea Manjarrez
Nº. IDENTIFICACIÓN:	**1.004.365.444**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1004365444		MANJARRES QUINTERO ANDREA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle75#4b1-84	SANTA MARTA-MAGDALENA	3044303016	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1287855389	9480816870	I	2025/02/12	2025/02/24	NEQUI	12	$444,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
1	CC 1004365444	MANJARRES ANDREA	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS037	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,423,500	$34,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0

2025/02/24 09:14 AM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1004365444		MANJARRES QUINTERO ANDREA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle75#4b1-84	SANTA MARTA-MAGDALENA	3044303016	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1287855389	9480816870	I	2025/02/12	2025/02/24	NEQUI	12	$444,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$1,900	$0	$229,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$1,900	$0	$229,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$300	$0	$35,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$34,700	$300	$0	$35,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$1,500	$0	$179,500
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$178,000	$1,500	$0	$179,500
TOTAL				1	$440,500	$3,700	$0	$444,200

2025/02/24 09:14 AM

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ 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 ANDREA CAROLINA MANJARREZ QUINTERO identificado con C.C. 1004365444

Fecha de Diligenciamiento:	2025-02-26

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:	CD20250608	RP:	485	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 Febrero

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES



MARIO JAVIER MANCERA SIERRA
85203465
GRUPO DE TRABAJO DE CONTABILIDAD