CECILIA PAOLA GONZALEZ OROZCO
1082884388
CALLE 29 B #1C18
3005262053
CECILIAPAOLAGONZALEZOROZCO@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2025-02-26**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	CECILIA PAOLA GONZALEZ OROZCO		
DOCUMENTO:	1082884388		
DIRECCIÓN:	CALLE 29 B #1C18	TELÉFONO:	3005262053
CORREO ELECTRONICO:	CECILIAPAOLAGONZALEZOROZCO@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:	CD20250634
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:	253	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:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	78165384945

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

PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Febrero**

FIRMA

Cecilia Gonzalez

CECILIA PAOLA GONZALEZ OROZCO
C.C. 1082884388 expedida en SANTA MARTA

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

CECILIA PAOLA GONZALEZ OROZCO

CON C.C Nº 1,082,884,388

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.	CD20250634	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 748 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 24/02/2024, 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 803 FACTURAS DE LOS DIFERENTES SERVICIO DE PROCEDIMIENTO AMBULATORIO Y CONSULTA EXTERNA POR UN VALOR DE $ 109,039,949 DISCRIMINADO POR EPS DE LA SIGUIENTE MANERA: CAJACOPI $687,820, COMPENSAR $220,600, COOSALUD $86,161,549, MUTUAL SER $318,600, FAMILIAR DE COLOMBIA $315,780, EPS FAMISANAR $69,785, SANITAS $2,286,740 FIDUPREVISORA $1,312,855, NUEVA EPS $9,883160, PARTICULARES $162,800, REGIONAL $6,210,460, SAVIA $145,600, SUMIMEDICAL $1,114,200, UNION TEMPORAL $150,000.

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	7957377232	OPERADOR:	SOI
SOISOI	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COOSALUD	24/2/2025	178.400
PENSIÓN:	COLPENSIONES	24/2/2025	228.300
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	24/2/2025	34.800

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:	Cecilia Gonzalez
N°. IDENTIFICACIÓN:	1,082,884,388

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
CARRERA 14 #23-42 **Tel:** 4346262 **Nit:** 891780185-2

Sistemas CitiSalud

HISTORIA GENERAL - CONSULTA EXTERNA

Historia N°: 1082935474
Código Habilitación: 470010065001
Sistemas CitiSalud SAS

Lugar Atención: ESE HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENECHE **Fecha Impresión:** 23/12/2024 08:12

Nombres y apellidos: EMILY LOZANO GUZMAN **Sexo:** F
Fecha Nacimiento: 26/06/2009
Tipo y número de documento: TI 1082935474 **Edad:** 15 A 5 M 27 D 7 H 20 Min
Lugar Nacimiento: COLOMBIA - MAGDALENA - SANTA MARTA **Lugar de Residencia:** MAGDALENA SANTA MARTA
Barrio: Alto Jardín **Zona Residencial:** Urbana **Dirección:** santa marta
Teléfono: 3012557499
Tipo Discapacidad: SIN ESPECIFICAR **Grupo Etnico:** NO APLICA **Religión:** OTRA
Escolaridad:
Grupo Sanguineo O + **Estado Civil:** SOLTERO(A) **Ocupación:** NINGUNA
Aseguradora: FIDUPREVISORA CONSORCIO SA/FIDEICOMISOS PATRIMONIOS AUTÓNOMOS FIDUCIARIA LA PREVISORA SA
Tipo Usuario: Otro **Tipo Vinculación:** Sin especificar **Estrato:** SIN ESTRATO
Cita N°: 487118 **Fecha Ingreso:** 23/12/2024 07:20 **Fecha Atención:** 23/12/2024 07:25
Fecha Salida: 23/12/2024 07:25
Especialidad: DERMATOLOGIA **Correo Electrónico:** nt@gmail.com

ORDENES DE PROCEDIMIENTO

Orden: 1088849 **No. Evolución:** 0

Diagnosticos

(L729),(L305)

Citas de Control

Codigo	Descripcion	Cant.	Observaciones	Prioridad
890342	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA	1	CONTROL EN 2 MESES	Baja

Observación

ADALBERTO ENRIQUE LOBATO URECHE
Cedula de Ciudadania 84456749
MEDICO ESPECIALISTA
Nombre Firma y Sello del Medico Responsable

Impreso por: JM0222 - Clara Inés Rada Martínez

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1082884388
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CECILIA PAOLA GONZALEZ OROZCO
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	SANTA MARTA	TELÉFONO:	9999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**7957377232**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES: enero AÑO: 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES: enero AÑO: 2025		
DÍAS DE MORA:	3				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/02/24	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1288592849		

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

Planilla Pagada

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 228.300
		SUBTOTAL:	1	**$ 228.300**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900226715	ESSC24	ESSC24-COOSALUD ESS	1	$ 178.400
		SUBTOTAL:	1	**$ 178.400**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 34.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 34.800**

VALOR SIN MORA:	**$ 440.500**
VALOR MORA:	**$ 1.000**
TOTAL PAGADO:	**$ 441.500**

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
CARRERA 14 #23-42 **Tel:** 436262 **Nit:** 891780185-2

HISTORIA DE CONTROL - CONSULTA EXTERNA

Historia N°: 36527000
Código Habilitación: 470010065001
Sistemas CitiSalud SAS

Fecha Impresión: 10/02/2025 14:04

Lugar Atención: ESE HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENECHE

Nombres y apellidos: YOMAIRA MERCEDES VASQUEZ BOLAÑO
Sexo: F
Fecha Nacimiento: 02/01/1951
Edad: 74 A 1 M 8 D 11 H 7 Min
Tipo y número de documento: CC 36527000
Lugar de Residencia: MAGDALENA SANTA MARTA
Lugar Nacimiento: COLOMBIA - ATLANTICO - BARRANQUILLA (Distrito)
Dirección: MZA 33 CAS 5 BARRIO EL PANDO
Barrio: Norte
Zona Residencial: Urbana
Teléfono: 4301872
Religión: OTRA
Tipo Discapacidad: SIN ESPECIFICAR
Grupo Etnico: NO APLICA
Escolaridad: SECUNDARIA
Grupo Sanguineo O -
Estado Civil: SOLTERO(A)
Ocupación: AMA DE CASA
Aseguradora: COOSALUD/COOSALUD SUBSIDIADO 2025
Tipo Usuario: Contributivo
Tipo Vinculación: Cotizante
Estrato: CATEGORIA A
Cita N°: 501118
Fecha Ingreso: 10/02/2025 11 07
Fecha Atención: 10/02/2025 13:12
Fecha Salida: 10/02/2025 13:12
Especialidad: MEDICINA INTERNA
Correo Electrónico:

MOTIVO DE CONSULTA

MOTIVO DE CONSULTA:
CONTROL
ENFERMEDAD ACTUAL:
PACIENTE DE SEXO FEMENINO DE 74 AÑOS, CON ANTECEDNETE DE HTA- DM, REFIERE SENTIRSE MEJOR, NO TIENE REPORTE DE PARACLINICOS.

EXAMEN FISICO

SIGNOS VITALES

TA: 101/51 mmHg **FC:** 78 x min **PESO:** 60.9 Kg **TALLA:** 160 cm **IMC:** 23.79 Kg/m2 **SUP:** 1.65 m2 **FR:** 20 x min **SAT:** 97 % **TAM:** 67.67 mmHg

EXAMEN FISICO

ASPECTO GENERAL
NORMOCEFALA, CABELLO NORMOIMPLANTADO, PRESENCIA DE CANASCUELLO MOVILTORAX SIMETRICO, RSCS RITMICOS R1 UNICO R2 REFORZADO, RUIDOS RESPIRATORIOS CONSERVADO EN ACPABDOMEN BLÑANDOP, DEPRESIBLE, NO DOLOR, NO SIPEXTREMIDADES SIMETRICAS, NO EDEMASSNC SIN DEFICIT APARENTE

Sintomatico respiratorio: No **Sintomatico de Piel:** No

RESULTADO AYUDAS DIAGNOSTICAS

RESULTADOS:
LO REFERIDO

DIAGNOSTICO

Diag. principal: I10X - HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) **Tipo de diagnóstico:** Confirmado repetido
Rel. 1: E118 - DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES NO ESPECIFICADAS
Rel. 2: I872 - INSUFICIENCIA VENOSA (CRONICA) (PERIFERICA)

CAUSA EXTERNA: Enfermedad general **FINALIDAD DE LA CONSULTA:** Otra

TRATAMIENTO

PLAN DE MANEJO Y TRATAMIENTO
PACIENTE CON COMORBILIDADES DESCRITAS, SE DA MANEJO MEDICO, RECOMENDACIONES, CONTROL EN 1 MES CON REPORTES , ECO DOPPLER VENOSO DE MS INFERIORES.

ORDENES DE PROCEDIMIENTO

Orden: 1137540,1137539 **No. Evolución:** 0

Diagnosticos

(I10X),(E118),(I872)

Citas de Control

Codigo	Descripcion	Cant.	Observaciones	Prioridad
890366	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	1	CONTROL EN 1 MES CON REPORTES	Baja

Observación

Diagnosticos

(I10X),(E118),(I872)

Procedimientos Diagnósticos

Codigo	Descripcion	Cant.	Observaciones	Prioridad
902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	1		Baja
903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	1		Baja

Impreso por: JM3942 - KAREN ESCARLETH MORALES GRANADOS

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 CECILIA PAOLA GONZALEZ OROZCO identificado con C.C. 1082884388

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:	CD20250634	RP:	253	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