STEFANY PATRICIA GONZALEZ AGUILAR
1082981667
CALLE 2 #9-19 GAIRA
4221903
STEFANYJOEL08@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2025-02-26**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	STEFANY PATRICIA GONZALEZ AGUILAR		
DOCUMENTO:	1082981667		
DIRECCIÓN:	CALLE 2 #9-19 GAIRA	TELÉFONO:	4221903
CORREO ELECTRONICO:	STEFANYJOEL08@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

Nº CONTRATO:	CD20250578						
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS AL ÁREA DE AUDITORÍA CONCURRENTE DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE						
RP:	202	CDP:	1	FECHA INICIO:	2025-01-07	FECHA FINAL:	2025-03-31
VALOR CONTRATO:	12.000.000,00			VALOR A PAGAR:	4.000.000,00		
BANCO A CONSIGNAR:	BOGOTA			TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	564820371
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Febrero**						

FIRMA

Stefany González A.

STEFANY PATRICIA GONZALEZ AGUILAR
C.C. 1082981667 expedida en SANTA MARTA

HJMB 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

STEFANY PATRICIA GONZALEZ AGUILAR

CON C.C N° 1.082.981.667

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS AL ÁREA DE AUDITORÍA CONCURRENTE DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20250578	DE FECHA INICIO	5/01/2025

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	Se visita diariamente y se revisa de manera continua la ejecución de los servicios contratados para asegurar el cumplimiento de los términos acordados.
2	Se hizo Revisión en tiempo real de los protocolos clínicos implementados por las empresas contratadas, asegurando la conformidad con los estándares médicos y las mejores prácticas.
3	Se Realizaron auditorias in situ para evaluar la calidad de los servicios proporcionados directamente en el lugar de atención.
4	Se Proporcionó retroalimentación inmediata a las empresas contratadas sobre cualquier desviación o área de mejora identificada durante la prestación del servicio
5	Se proporcionó retroalimentación inmediata a los profesionales de la Salud (Especialistas, Enfermeras Auxiliares y otros) para dar respuesta dentro de la oportunidad a interconsultas, evoluciones clinicas, ordenes médicas, aplicación de medicamente etc., evitando glosas por inoportunidad y/o por pertinencia
6	Se dió respuesta a situaciones de emergencia o eventos inesperados en la prestación de servicios médicos.
7	Se trabajaó en estrecha colaboración con profesionales de la salud y otros servicios hospitalarios lo que generó una coordinación efectiva con las EAPB.

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9480997536	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	17/02/2025	200000
PENSIÓN:	PORVENIR	17/02/2025	256000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	17/02/2025	39000

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:	Stefany Gonzalez
N°. IDENTIFICACIÓN:	1.082.981.667

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 1082981667		GONZALEZ AGUILAR STEFANI PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 2 9 19 GAIA	SANTA MARTA-MAGDALENA	4221903	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-01	2025-01	1271200769	9480997536	I	2025/02/17	2025/02/17	NEQUI	0	$495,000

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)					$1,600,000	$256,000			$1,600,000	$200,000			$0	$0			$1,600,000	$39,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,600,000	$256,000			$1,600,000	$200,000			$0	$0			$1,600,000	$39,000		$0	$0
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)					$1,600,000	$256,000			$1,600,000	$200,000			$0	$0			$1,600,000	$39,000		$0	$0
1	CC 1082981667	GONZALEZ STEFANY	230301	30	$1,600,000	$256,000	EPS037	30	$1,600,000	$200,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,600,000	$39,000	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,600,000	$256,000			$1,600,000	$200,000			$0	$0			$1,600,000	$39,000		$0	$0

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 1082981667		GONZALEZ AGUILAR STEFANI PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 2 9 19 GAIA	SANTA MARTA-MAGDALENA	4221903	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	1271200769	9480997536	I	2025/02/17	2025/02/17	NEQUI	0	$495,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$256,000	$0	$0	$256,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$256,000	$0	$0	$256,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$39,000	$0	$0	$39,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$39,000	$0	$0	$39,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$200,000	$0	$0	$200,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$200,000	$0	$0	$200,000
TOTAL				**1**	**$495,000**	**$0**	**$0**	**$495,000**

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 STEFANY PATRICIA GONZALEZ AGUILAR identificado con C.C. 1082981667

Fecha de Diligenciamiento:	2025-02-26

I. DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS AL ÁREA DE AUDITORÍA CONCURRENTE DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE

N° CONTRATO:	CD20250578	RP:	202	CDP:	1
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	12.000.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:			4.000.000,00
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