**STEPHANY JULIETH NIETO ALVAREZ**
**1083017909**
**CARRERA 19 A 1 #29C2-40**
**3142002926**
**STEPHANYNIETO28@GMAIL.COM**

# CUENTA DE COBRO

## DATOS PERSONALES

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Diligenciamiento:** | **2025-02-26** | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS: | STEPHANY JULIETH NIETO ALVAREZ | | |
| DOCUMENTO: | 1083017909 | | |
| DIRECCIÓN: | CARRERA 19 A 1 #29C2-40 | TELÉFONO: | 3142002926 |
| CORREO ELECTRONICO: | STEPHANYNIETO28@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: | CD20250589 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTACION DE SERVICIOSPROFESIONALES COMO APOYO ADMINISTRATIVO EN EL AREA DE AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS, GLOSAS, CONCILIACIONES DE LA E.S.E HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENECHE. |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| RP: | 210 | CDP: | 1 | FECHA INICIO: | 2025-01-07 | FECHA FINAL: | 2025-03-31 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| VALOR CONTRATO: | 9.300.000,00 | VALOR A PAGAR: | 3.100.000,00 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| BANCO A CONSIGNAR: | DAVIVIENDA | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | No. CUENTA: | 488402324658 |

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

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

## FIRMA

Stephany Nieto

STEPHANY JULIETH NIETO ALVAREZ
C.C. 1083017909 expedida en SANTA MARTA

| | | |
|---|---|---|
| E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez 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
STEPHANY NIETO ALVAREZ
CON C.C N° 1083017909

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

| | |
|---|---|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN EL AREA DE DEVOLUCIONES DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **CD20250589** | **DE FECHA INICIO** | **05/01/2025** |

| 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 | Se alimenta mallas institucional tipificaciones de 17 facturas de Capital Salud con un total en glosa de $3,684,892 |
| 2 | Se alimenta mallas institucional tipificaciones de 128 facturas de Cajacopi de santa marta con un total en glosa de $53,782,889 |
| 3 | Se alimenta mallas institucional tipificaciones de 2009 facturas de Coosalud con un total en glosa de $4,565,164,030 |
| 4 | Se alimenta mallas institucional tipificaciones de 17 facturas de Sura con un total en glosa de $10,426,764 |
| 5 | Se alimenta mallas institucional tipificaciones de 50 facturas de Salud total ser con un total en glosa de $36,220,184 |
| 6 | Se alimenta mallas institucional tipificaciones de 219 facturas de Sanitas con un total en glosa de $64,767,629 |
| 7 | Se alimenta mallas institucional tipificaciones de 105 facturas de Nueva eps con un total en glosa de $82,069,533 |
| 8 | Se alimenta mallas institucional tipificaciones de 5 facturas de Mutual ser con un total en glosa de $2,041,520 |
| 9 | Se alimenta mallas institucional tipificaciones de 141 facturas de Cofaguajira con un total en glosa de $248,99,733 |
| 10 | Se alimenta mallas institucional tipificaciones de10 factura de Savia Salud con un total en glosa de $67,966,973 |
| 11 | Se realizo malla intitucional tipificaciones en excel del total de 784 facturas de Coosalud con un total conciliado de $821,744,599 |
| 12 | Recepcion de las glosas emitidas por las diferentes EPS que fueron recibidas por medio fisico y electronicos en el mes de octubre; estas se montan en la malla institucional excel y enviadas a los auditores asignados. |

## III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | **32098907** | **OPERADOR:** | **ASOPAGOS** |
| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
| **SALUD:** | SALUD TOTAL | **31/01/2025** | $ 178.000 |
| **PENSIÓN:** | PORVENIR | **31/01/2025** | $ 227.800 |
| **RIESGOS LABORALES:** | POSITIVA | **31/01/2025** | $ 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:** | Stephany Nieto |
| **N°. IDENTIFICACIÓN:** | C.C 1.083.017.909 |

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZÓN SOCIAL : | STEPHANY JULIETH NIETO ALVAREZ |
| IDENTIFICACIÓN: | CC-1083017909 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | |
| FECHA GENERACIÓN REPORTE: | 2025-01-31 |
| FECHA LÍMITE DE PAGO: | 2025-02-05 |
| FECHA DE PAGO: | 2025-01-31 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO DAVIVIENDA |
| PERÍODO PENSIÓN: | 2025-01 |
| PERÍODO SALUD: | 2025-01 |
| NÚMERO PLANILLA: | 32098907 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 32098907 |
| TIPO DE PLANILLA: | I |

| CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NÚMERO AFILIADOS | IBC | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS002 | 800130907 | SALUD TOTAL | 1 | $ 1.423.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 178.000 | $ 178.000 |
| 230301 | 800224808 | PORVENIR | 1 | $ 1.423.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 227.800 | $ 227.800 |
| 14-23 | 860011153 | POSITIVA | 1 | $ 1.423.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 34.700 | $ 34.700 |
| | | | | Total a pagar | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 440.500 | $ 440.500 |

PAGADO

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 05/03/2025 |

| E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ 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 STEPHANY JULIETH NIETO ALVAREZ identificado con C.C. 1083017909**

| Fecha de Diligenciamiento: | 2025-02-26 |
|---|---|

## I. DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| | |
|---|---|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTACION DE SERVICIOSPROFESIONALES COMO APOYO ADMINISTRATIVO EN EL AREA DE AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS, GLOSAS, CONCILIACIONES DE LA E.S.E HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENECHE. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| N° CONTRATO: | CD20250589 | RP: | 210 | CDP: | 1 |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO: | 9.300.000,00 | VALOR DE HONORARIOS PERIODO: | 3.100.000,00 | | |
| 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