MARIA DEL CARMEN SOTO ARIAS
1004279090
CALLE 26B #43-35
3245366060
SOTOARIASMARIA@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2025-03-27**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	MARIA DEL CARMEN SOTO ARIAS		
DOCUMENTO:	1004279090		
DIRECCIÓN:	CALLE 26B #43-35	TELÉFONO:	3245366060
CORREO ELECTRONICO:	SOTOARIASMARIA@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:	CD20250562
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL AREA DE AUTORIZACIONES Y ADMISIONES URGENCIAS DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

RP:	114	CDP:	1	FECHA INICIO:	2025-01-04	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:	77964530028

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

PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Marzo**

FIRMA

Maria Soto A

MARIA DEL CARMEN SOTO ARIAS
C.C. 1004279090 expedida en PLATO MAGDALENA

Scanned with CamScanner

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	ACTA FINAL	CODIGO: GJC26F VERSION: 002 FECHA ULTIMA DE REVISION: 12/12/2024 PAGINA 1 de 1

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD 20250562 2025

NO. DEL CONTRATO	CD 20250562 2025
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	MARIA DEL CARMEN SOTO ARIAS
NO. DE IDENTIDAD	1.004.279.090
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL AREA DE AUTORIZACIONES Y ADMISIONES URGENCIAS DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	SIETE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE (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 LEGALIZACION DEL CONTRATO SIN EXCEDER EL 31 DE MARZO DE 2025
CDP	1
REGISTRO PRESUPUESTAL	114
FECHA DE ACTA DE INICIO	04 DE ENERO DE 2025
FECHA DE TERMINACION CONTRATO	31 DE MARZO DE 2025
	ADICION
CDP DE LA ADICION	N/A
REGISTRO PRESUPUESTAL DE LA ADICION	N/A
PLAZO ADICION	N/A
FORMA DE PAGO ADICION	N/A
FECHA DE TERMINACION DE CONTRATO CON ADICION.	N/A
VALOR ADICION	N/A
VALOR FINAL DEL CONTRATO	N/A
SUPERVISOR DEL CONTRATO	PROFESIONAL UNVERSITARIO-CONTADOR

Entre los suscritos, MARIO JAVIER MANCERA SIERRA, mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 85203465 expedida en Santa Ana, obrando en calidad de PROFESIONAL UNVERSITARIO-CONTADOR, quien actúa como supervisor del contrato CD 20250562 2025 , por otra parte, MARIA DEL CARMEN SOTO ARIAS, identificado con la cedula de ciudadanía No. 1.004.279.090, en su condición de contratista se reunieron para firmar acta de finalización de contrato.

Por último el hospital se declara que no existe emolumento alguno entre las partes y con todo concepto respecto de las obligaciones mutuas pactadas en el contrato prestación de servicios en referencia.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta, en el mes de (Marzo) del año (2025).

SUPERVISOR,

MARIO JAVIER MANCERA SIERRA
85203465

CONTRATISTA,

Maria Soto Arias

MARIA DEL CARMEN SOTO ARIAS
1.004.279.090

COPIA

Scanned with CamScanner

HJMB 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

MARIA DEL CARMEN SOTO ARIAS

CON C.C Nº 1004279090

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL AREA DE AUTORIZACIONES Y ADMISIONES URGENCIAS DE LA E S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		**CD20250562**	**DE FECHA INICIO**	4/1/2025

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	DIGITAR, IMPRIMIR Y ANEXAR A TODAS Y CADA UNA DE LAS RESPUESTAS OBTENIDAS POR LA ENTIDAD RESPONSABLE DE PAGO
2	VERIFICACION DE DERECHOS EN ADRES, PORTAL EPS, AFILIADOS COMPENSADOS, SISBEN,RUAF
3	CREACION DE CARPETAS DE PACIENTES DESTINADOS A FACTURACION, HISTORIA CLINICA, DOCUMENTO DE IDENTIDAD
4	CONSTANCIA DE AFILIACION, TRIAGE,ANEXO 2, AUTORIZACION DE LA EPS, ENVIO DE CORREO DE NO CONTAR CON PORTAL O EPS, SIRE
5	SOLICITUD DE ESTANCIA DE PACIENTES REMITIDOS ANTE LAS DIFERENTES EPS
6	TRAMITE DEL CUADRO DE SEGUIMIENTO DE AFILIACIONES
7	REALICE 392 ADMISIONES CON SUS RESPECTIVAS AUTORIZACIONES DE LAS EPS,DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO,SUBSIDIADO Y DEL REGIMEN ESPECIAL

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**9482755171**	**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**MUTUAL SER**	**25/3/2025**	**178.000**
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**	**25/3/2025**	**227.800**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**25/3/2025**	**34.700**

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.

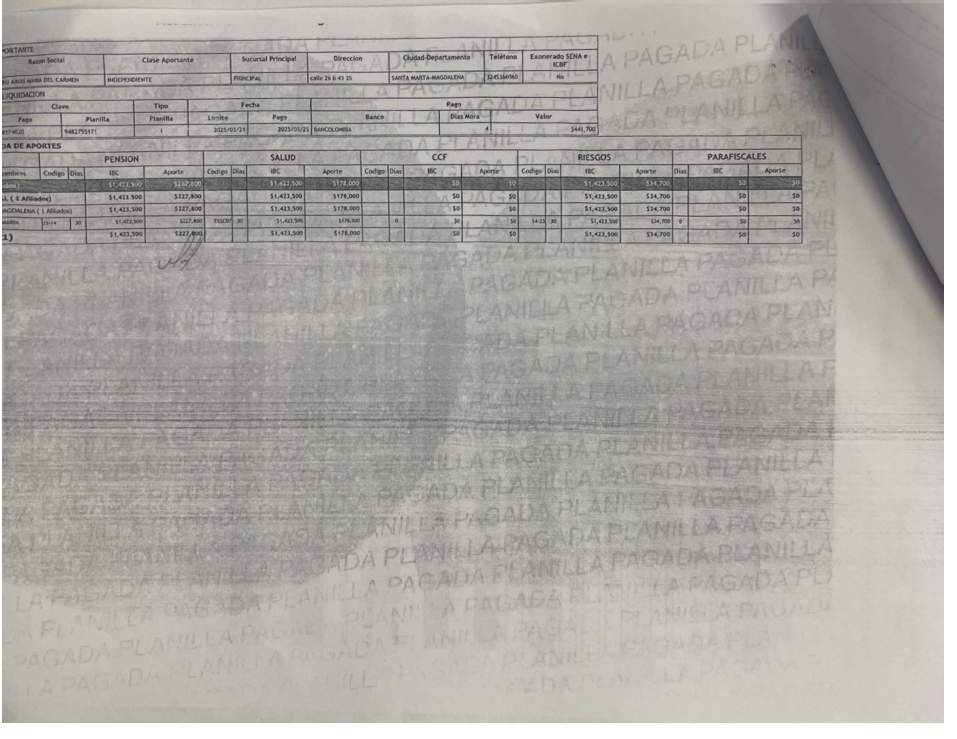
V. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

FIRMA DEL CONTRATISTA:	Maria Soto A
Nº. IDENTIFICACIÓN:	1004279090

Scanned with CamScanner



PORTANTE

Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
O AROS MARIA DEL CARMEN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 26 b 43 35	SANTA MARTA-MAGDALENA	3145366960	No

LIQUIDACION

Clave		Tipo	Fecha		Pago			
Pago	Planilla	Planilla	Limite Pago		Banco		Dias Mora	Valor
9479460	9482755171	I	2025/03/21	2025/03/25	BANCOLOMBIA		4	$441,700

DA DE APORTES

	PENSION				SALUD				CCF					RIESGOS			PARAFISCALES		
mbres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
dina)			$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
L (1 Afiliados)			$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
AGDALENA (1 Afiliados)			$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
ndia	Ordi	30	$1,423,500	$227,800	ESUDI	30	$1,423,500	$178,000	0		$0	$0	14-23	30	$1,423,500	$34,700	0	$0	$0
31)			$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0

Scanned with CamScanner

	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 MARIA DEL CARMEN SOTO ARIAS identificado con C.C. 1004279090

Fecha de Diligenciamiento:	2025-03-27

I. DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL AREA DE AUTORIZACIONES Y ADMISIONES URGENCIAS DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

N° CONTRATO:	CD20250562	RP:	114	CDP:	1
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	7.200.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:			2.400.000,00
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2025-01-04	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 Marzo

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

MARIO JAVIER MANCERA SIERRA
85203465
GRUPO DE TRABAJO DE CONTABILIDAD

Scanned with CamScanner