**ALIX ESTER PINTO GOMEZ**
**1118869001**
**BALCONES DEL LIBERTADOR MZ B CASA 10**
**3046768592**
**ALIXESTERP@GMAIL.COM**

# CUENTA DE COBRO

## DATOS PERSONALES

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Diligenciamiento:** | **2025-03-27** | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS: | ALIX ESTER PINTO GOMEZ | | |
| DOCUMENTO: | 1118869001 | | |
| DIRECCIÓN: | BALCONES DEL LIBERTADOR MZ B CA | TELÉFONO: | 3046768592 |
| CORREO ELECTRONICO: | ALIXESTERP@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: | CD20250527 |
| 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: | 531 | CDP: | 1 | FECHA INICIO: | 2025-01-08 | FECHA FINAL: | 2025-03-31 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| VALOR CONTRATO: | 7.200.000,00 | VALOR A PAGAR: | 2.400.000,00 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| BANCO A CONSIGNAR: | DAVIVIENDA | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | No. CUENTA: | 488448782539 |

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

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

## FIRMA



ALIX ESTER PINTO GOMEZ
C.C. 1118869001 expedida en RIOHACHA

| | | |
|---|---|---|
| HUJMB ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA | **ACTA FINAL** | CODIGO: GJC26F<br>VERSION: 002<br>FECHA ULTIMA DE REVISION: 12/12/2024<br>PAGINA 1 de 1 |

**ACTA FINAL DEL CONTRATO NO CD20250527 DEL 2024.**

| | |
|---|---|
| NO. DEL CONTRATO | CD20250527 DEL 2024. |
| NOMBRE DEL CONTRATANTE | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA | ALIX ESTER PINTO GOMEZ |
| NO. DE IDENTIDAD | 1118869001 |
| 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.** |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO | SIETE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/L. ($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 legalización del contrato sin exceder el 31 de marzo de 2025 |
| CDP | CDP N1 |
| REGISTRO PRESUPUESTAL | 531 |
| FECHA DE ACTA DE INICIO | 08 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 | N/A |

Entre los suscritos, **MARIO JAVIER MANCERA SIERRA**, mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía **85203465** obrando en calidad de JEFE DE LA OFICINA DE CONTABILIDAD_ quien actúa como supervisor del contrato NO **CD20250527** por otra parte **ALIX ESTER PINTO GOMEZ,** identificado con la cedula de ciudadanía No.**1118869001** 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
CC. 85203465

CONTRATISTA,

ALIX ESTER PINTO GOMEZ
CC. 1118869001

| | | |
|---|---|---|
| HJMB JULIO MENDEZ 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**

**ALIX ESTER PINTO GOMEZ**

**CON C.C N° 1.118.869.001**

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

| | |
|---|---|
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION 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.** | **CD20250571** | **DE FECHA INICIO** | **1/7/2025** |

| 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 | EN EL MES DE FEBRERO DEL 2025 FACTURE 514 DE LAS ERP A LAS CUALES SE LES PRESTA SERVICIOS POR VALOR TOTAL DE $ 321,093,239 |
| 2 | VERIFICACION DE DERECHOS A LOS PACIENTES PARA CIERRE DE FACTURA |

**III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | **9481871665** | **OPERADOR:** | **APORTES EN LINEA** |
| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
| **SALUD:** | **NUEVA EPS** | **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 período de cobro.
2.- Que realice 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:** | |
| **N°. IDENTIFICACIÓN:** | **1.118.869.001** |

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 1118869001 | | ALIX ESTER PINTO GOMEZ | INDEPENDIENTE | Principal | balcones del libertado mz b casa 10 | SANTA MARTA-MAGDALENA | 3046768592 | No |

**DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION**

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-02 | 2025-02 | 1357848233 | 9481871665 | I | 2025/03/04 | 2025/03/15 | BANCO DAVIVIENDA | 21 | $446,400 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Dias | 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 | 1118869001 | PINTO ALIX | 25-14 | 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 |

PLANILLA PAGADA

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 1118869001 | | ALIX ESTER PINTO GOMEZ | INDEPENDIENTE | Principal | balcones del libertado mz b casa 10 | SANTA MARTA-MAGDALENA | 3046768592 | No |

**DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION**

| Período | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-02 | 2025-02 | 1357848233 | 9481871665 | I | 2025/03/04 | 2025/03/25 | BANCO DAVIVIENDA | 21 | $446,400 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $227,800 | $3,000 | $0 | $230,800 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $227,800 | $3,000 | $0 | $230,800 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $34,700 | $500 | $0 | $35,200 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $34,700 | $500 | $0 | $35,200 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $178,000 | $2,400 | $0 | $180,400 |
| NUEVA E.P.S. | EPS037 | 900,156,264 | 2 | 1 | $178,000 | $2,400 | $0 | $180,400 |
| TOTAL | | | | 1 | $440,500 | $5,900 | $0 | $446,400 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ 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 ALIX ESTER PINTO GOMEZ identificado con C.C. 1118869001**

| Fecha de Diligenciamiento: | 2025-03-27 |
|---|---|

## 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: | CD20250527 | RP: | 531 | CDP: | 1 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO: | 7.200.000,00 | VALOR DE HONORARIOS PERIODO: | 2.400.000,00 |
| FECHA DEL ACTA DE INICIO: | 2025-01-08 | 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