ENID MARIA MOLINARES ESCOBAR
1082955293
MZ V CASA 22 VILLAS DE ALEJANDRIA
3016210192
EM_MOLINARES@HOTMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2025-06-26**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	ENID MARIA MOLINARES ESCOBAR		
DOCUMENTO:	1082955293		
DIRECCIÓN:	MZ V CASA 22 VILLAS DE ALEJANDRIA	TELÉFONO:	3016210192
CORREO ELECTRONICO:	EM_MOLINARES@HOTMAIL.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:	CD20252264
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN EL ÁREA DE AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS, GLOSAS, CONCILIACIONES Y DEVOLUCIONES DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

RP:	2124	CDP:	543	FECHA INICIO:	2025-04-07	FECHA FINAL:	2025-07-31

VALOR CONTRATO:	24.000.000,00	VALOR A PAGAR:	6.000.000,00

BANCO A CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	916208958[illegible]

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

PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Junio**

FIRMA

ENID MARIA MOLINARES ESCOBAR
C.C. 1082955293 expedida en SANTA MARTA

HJMB E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA	**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

ENID MARIA MOLINARES ESCOBAR

CON C.C Nº 1082955293

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	"PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN EL ÁREA DE AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS, GLOSAS, CONCILIACIONES Y DEVOLUCIONES DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE "		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20252264**	**DE FECHA INICIO**	**7-abr-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	Reporte de inoportunidades mes de mayo de especialistas por servicio.
2	Reporte glosas y conciliaciones mes de mayo.
3	Reunión especialidad de Cx vascular para revisión de tarifas.
4	Envío de sugerencia de contratación de mastologia.
5	Reunión con personal de policía y fomag para definir nuevo contrato.
6	Retroalimentación al equipo de Auditores de contenido de paquete de Perinatologia.
7	Envío al área de facturación de servicios pendientes sin liquidar.
8	Apoyo gestión de autorizaciones cajacopi.
9	Revisión de estado de devoluciones por Eps y priorización de armado
10	Reunión equipo de nueva Eps para diagnóstico de glosa pendiente por conciliar

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**9487681749 - 9487012175**	**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SANITAS**	**24-jun-2025**	**300.000**
PENSIÓN:	**COLFONDOS**	**24-jun-2025**	**384.000**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**24-jun-2025**	**58.500**

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:	
N°. IDENTIFICACIÓN:	**1082955293**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1082955293		ENID MARIA MOLINARES ESCOBAR	INDEPENDIENTE	Principal	MZ V CASA 22 VILLAS DE ALEJANDRIA	SANTA MARTA-MAGDALENA	4350606	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	1574990447	9487012175	I	2025/06/24	2025/06/24	NEQUI	0	$618,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS			PARAFISCALES	
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	Codigo	Días	Codigo	Días	Codigo	Días	Tarifa	Días	Exonerado SENA e ICBF
SUCURSAL: Principal (1 Afiliados)																														
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)																														
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)																														
1	CC	1082955293	MOLINARES ENID																	231001	30	EPS005	30		0	14-23	30	2.436%	0	No
Total	**Afiliados(1)**																													

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1082955293		ENID MARIA MOLINARES ESCOBAR	INDEPENDIENTE	Principal	MZ V CASA 22 VILLAS DE ALEJANDRIA	SANTA MARTA-MAGDALENA	4350606	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	1574990447	9487012175	I	2025/06/24	2025/06/24	NEQUI	0	$618,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$320,000	$0	$0	$320,000
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$320,000	$0	$0	$320,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$48,800	$0	$0	$48,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$48,800	$0	$0	$48,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$250,000	$0	$0	$250,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$250,000	$0	$0	$250,000
TOTAL				**1**	**$618,800**	**$0**	**$0**	**$618,800**

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 1082955293		ENID MARIA MOLINARES ESCOBAR	INDEPENDIENTE	Principal	MZ V CASA 22 VILLAS DE ALEJANDRIA	SANTA MARTA-MAGDALENA	4350606	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	1575026187	9487681749	N	2025/06/24	2025/06/24	NEQUI	0	$123,700

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)							$400,000	$64,000			$400,000	$50,000			$0	$0			$400,000	$9,700		$0	$0
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)							$400,000	$64,000			$400,000	$50,000			$0	$0			$400,000	$9,700		$0	$0
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)							$400,000	$64,000			$400,000	$50,000			$0	$0			$400,000	$9,700		$0	$0
1	CC	1082955293	MOLINARES ENID		231001	30	($2,000,000)	($320,000)	EPS005	30	($2,000,000)	($250,000)		0	$0	$0	14-23	30	($2,000,000)	($48,800)	0	$0	$0
2	CC	1082955293	MOLINARES ENID		231001	30	$2,400,000	$384,000	EPS005	30	$2,400,000	$300,000		0	$0	$0	14-23	30	$2,400,000	$58,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**						$400,000	$64,000			$400,000	$50,000			$0	$0			$400,000	$9,700		$0	$0

2025/06/24 11:41 AM

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 1082955293		ENID MARIA MOLINARES ESCOBAR	INDEPENDIENTE	Principal	MZ V CASA 22 VILLAS DE ALEJANDRIA	SANTA MARTA-MAGDALENA	4350606	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	1575026187	9487681749	N	2025/06/24	2025/06/24	NEQUI	0	$123,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$64,000	$0	$0	$64,000
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$64,000	$0	$0	$64,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,700	$0	$0	$9,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,700	$0	$0	$9,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$50,000	$0	$0	$50,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$50,000	$0	$0	$50,000
TOTAL				1	$123,700	$0	$0	$123,700

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 ENID MARIA MOLINARES ESCOBAR identificado con C.C. 1082955293

Fecha de Diligenciamiento:	2025-06-26

I. DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN EL ÁREA DE AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS, GLOSAS, CONCILIACIONES Y DEVOLUCIONES DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

N° CONTRATO:	CD20252264	RP:	2124	CDP:	543
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	24.000.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:			6.000.000,00
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2025-04-07	FECHA DE FINALIZACION:			2025-07-31
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 Junio

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

MARIO JAVIER MANCERA SIERRA
85203465
GRUPO DE TRABAJO DE CONTABILIDAD