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:	**2025-07-30**		
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:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	117100115494

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

PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Julio**

FIRMA

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

HJMB 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

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	Respuesta a glosa Coosalud
2	Entrega informe tope presupuestal para demanda ante Supersalud
3	Reporte devoluciones Coosalud y nueva Eps y gestión de radicación
4	Reuniones para revisión de estado de glosa y cartera todos los jueves
5	Apoyo en contratación de eventos con dirija o vascular
6	Apoyo en revisión de tarifas para Eps
7	Envío de cotización spiglasss para aprobación Eps
8	Revisión motivos de glosa y socialización en reunión gerencial
9	Entrega de reporte de inoportunidades a Subgerencia para acciones de mejora

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**9488810143 - 9489449036**	**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SANITAS**	**25/07/2025 - 28/07/2025**	**300.000**
PENSIÓN:	**COLFONDOS**	**25/07/2025 - 28/07/2025**	**384.000**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**25/07/2025 - 28/07/2025**	**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:	
Nº. IDENTIFICACIÓN:	**1082955293**

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

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20252264 DEL 2025

NO. DEL CONTRATO	CD20252264 DE 2025
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	ENID MARIA MOLINARES ESCOBAR
NO. DE IDENTIDAD	1.082.955.293
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.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	VEINTICUATRO MILLONES DE PESOS M/L ($ 24.000.000)
FORMA DE PAGO	El HUJMB cancelará al CONTRATISTA 4 cuota(s), por valor de SEIS MILLONES DE PESOS M/L. ($6.000.000), de conformidad con el informe de la ejecución las actividades contractuales realizadas, previa certificación cumplimiento expedida por parte del Supervisor del contrato.
PLAZO DE EJECUCIÓN	PREVIA LEGALIZACION DEL CONTRATO SIN EXCEDER EL 31 DE JULIO DE 2025.
CDP	543
REGISTRO PRESUPUESTAL	2124 del 7 de abril del 2025
FECHA DE ACTA DE INICIO	07 DE ABRIL DE 2025
FECHA DE TERMINACION CONTRATO	31 DE JULIO 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	GRUPO DE TRABAJO DE CONTABILIDAD

Entre los suscritos, **MARIO JAVIER MANCERA SIERRA,** mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 85.203.465; expedida, en Santa Ana, obrando en calidad de **PROFESIONAL UNIVERSITARIO-CONTADOR** quien actúa como supervisor del contrato **CD20252264** por otra parte **ENID MARIA MOLINARES ESCOBAR,** identificado con la cedula de ciudadanía No. **1.082.955.293,** 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 Julio del año 2025.

SUPERVISOR,

CONTRATISTA,

en línea

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
2025-06	2025-06	1652123097	9488810143	I	2025/07/21	2025/07/25	NEQUI	4	$620,500

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)					$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$2,000,000	$48,800		$0	$0
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)					$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$2,000,000	$48,800		$0	$0
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)					$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$2,000,000	$48,800		$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
Total Afiliados(1)					$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$2,000,000	$48,800		$0	$0

en línea

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
2025-06	2025-06	1652123097	9488810143	I	2025/07/21	2025/07/25	NEQUI	4	$620,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$320,000	$800	$0	$320,800
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$320,000	$800	$0	$320,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$48,800	$200	$0	$49,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$48,800	$200	$0	$49,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$250,000	$700	$0	$250,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$250,000	$700	$0	$250,700
TOTAL				**1**	**$618,800**	**$1,700**	**$0**	**$620,500**

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1082955293		MOLINARES ESCOBAR ENID MARIA	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
2025-06	2025-06	1658343992	9489449036	N	2025/07/21	2025/07/28	NEQUI	7	$124,400

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								A									23100 1	30	EPS005	30		0	14-23	30	2.436%	0	No
2	CC	1082955293 MOLINARES ENID								C	X								23100 1	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		MOLINARES ESCOBAR ENID MARIA	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
2025-06	2025-06	1658343992	9489449036	N	2025/07/21	2025/07/28	NEQUI	7	$124,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$64,000	$300	$0	$64,300
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$64,000	$300	$0	$64,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,700	$100	$0	$9,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,700	$100	$0	$9,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$50,000	$300	$0	$50,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$50,000	$300	$0	$50,300
TOTAL				**1**	**$123,700**	**$700**	**$0**	**$124,400**

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:	2025-07-30

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 Julio

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

MARIO JAVIER MANCERA SIERRA
85203465
GRUPO DE TRABAJO DE CONTABILIDAD