ISEL CAROLINA VILLA ARAGON
1124415794
CARRERA 15 # 25-25
0000
ISELVILLA017@HOTMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2025-10-28**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	ISEL CAROLINA VILLA ARAGON		
DOCUMENTO:	1124415794		
DIRECCIÓN:	CARRERA 15 # 25-25	TELÉFONO:	0000
CORREO ELECTRONICO:	ISELVILLA017@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:	CD20253449
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN EL AREA DE AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

RP:	4050	CDP:	1105	FECHA INICIO:	2025-08-08	FECHA FINAL:	2025-10-31
VALOR CONTRATO:	8.000.000,00			VALOR A PAGAR:	4.000.000,00		
BANCO A CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA		TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	488413060465	
CDP - ADICION:	1223	RP - ADICION:	5789	VALOR ADICION:	4.000.000,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:				**Octubre**			

FIRMA

ISEL CAROLINA VILLA ARAGON
C.C. 1124415794 expedida en MANAURE - GUAJIRA

Scanned with CamScanner

HJMB	**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

ISEL CAROLINA VILLA ARAGON

CON C.C Nº 1.124.415.794

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL GRUPO DE TRABAJO DE AUDITORIA EN GLOSAS, DEVOLUCIONES Y FACTURACIÓN DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20253449**	**DE FECHA INICIO**	8/8/2025

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	Relacioné en instrumentos y/o papeles de trabajo la auditoría de cuentas médicas consignando por escrito los hallazgos de auditoria con su respectiva codificación, diligenciando lo pertinente factura a factura clasificando No. de Admisión, No. De Historia Clínica, EPS y/o Pagador, Nombre del Facturador que elaboró la factura, Ingreso y Egreso del paciente (Estancia), Valor de la factura y Observaciones de la auditoria.
2	Verifiqué la afiliación de los pacientes atendidos según factura, consultando la base de datos del FOSYGA (Base de Afiliados compensados o en la Base de Datos Única), la base de datos del SISBEN y atenciones brindadas a un paciente que aparezca sin afiliación corresponda a un evento ECAT (Accidente de tránsito, Evento catastrófico) o un Accidente de trabajo; verificando a su vez la existencia de soportes que permitan corroborar que estuvieran cubiertos por una póliza del seguro obligatorio y/o el cargo a la empresa.
3	Revicé y constaté que cada factura lleve anexa, fotocopia del documento de identificación del paciente, fotocopia de la ficha del SISBEN, fotocopia del carné de la EPS, epicrisis para los pacientes con estancia hospitalaria, descripción quirúrgica si se realizó cirugía, autorización para los servicios que la requieran según el contrato o convenio interadministrativo suscrito como el caso de los vinculados adscritos a las Secretarias de Salud Distrital y/o Departamental, Y demás soportes de los servicios recibidos y facturados (Laboratorios, Exámenes de Rayos X, uso de hemocomponentes, material osteosíntesis, mallas, CTC para medicamentos no pos) y los demás que constituyan requisito para el pago de las facturas.
4	Revicé el precio de cada uno de los servicios prestados en la factura, frente a las tarifas del manual tarifario pactado o en su defecto el SOAT, o en el caso de los paquetes con determinadas EPS, verificando: tarifa, medicamentos y suministros determinados en el manual para los procedimientos de tipo terapéutico o diagnóstico, para los procedimientos quirúrgicos igual vía, diferente vía, diferentes profesionales, igual o diferente vía, procedimiento incruento o no, derechos de sala entre otros (días de estancia, ayudantía quirúrgica).
5	Realicé entrega al área de facturación las correspondientes prefacturas auditadas, para que se realice la búsqueda de los soportes faltantes en los respectivos aliados y/o servicios de ayuda diagnostica e imagenología y banco de sangre y se subsanen las inconformidades notificadas.
6	Total de prefacturas auditadas para el periodo de cobro 103 por un valor de $ 1.921.286.648.00

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**9492824718**	**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**NUEVA EPS**	**OCT-07-2025**	**$ 200.000**
PENSIÓN:	**PORVENIR**	**OCT-07-2025**	**$ 256.000**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**OCT-07-2025**	**$ 39.000**

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:	Isel villa Aragón.
Nº. IDENTIFICACIÓN:	**1.124.415.794**

Scanned with CamScanner

HJMB 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. CD20253449 DEL 2025

NO. DEL CONTRATO	CD20253449 DEL 2025
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	ISEL CAROLINA VILLA ARAGON
NO. DE IDENTIDAD	1.124.415.794 DE MANAURE
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN EL AREA DE AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	8.000.000
FORMA DE PAGO	MENSUAL
PLAZO DE EJECUCIÓN	8 DE AGOSTO 2025
CDP	1223
REGISTRO PRESUPUESTAL	4050
FECHA DE ACTA DE INICIO	8 DE AGOSTO 2025
FECHA DE TERMINACION CONTRATO	30 DE SEPTIEMBRE DEL 2025
ADICION	
CDP DE LA ADICION	1105
REGISTRO PRESUPUESTAL DE LA ADICION	5789
PLAZO ADICION	31 DE OCTUBRE DEL 2025
FORMA DE PAGO ADICION	MENSUAL
FECHA DE TERMINACION DE CONTRATO CON ADICION.	31 DE OCTUBRE DEL 2025
VALOR ADICION	4.000.000
VALOR FINAL DEL CONTRATO	12.000.000
SUPERVISOR DEL CONTRATO	PROFESIONAL UNIVERSITARIO-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 UNIVERSITARIO- CONTADOR** quien actúa como supervisor del contrato CD20253449 por otra parte **ISEL CAROLINA VILLA ARAGON**, identificado con la cedula de ciudadanía No. 1.124.415.794 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 **OCTUBRE** del año **2025.**

SUPERVISOR,

MARIO JAVIER MANCERA SIERRA
85203465

CONTRATISTA,

Isel Villa Aragón.

ISEL CAROLINA VILLA ARAGON

Scanned with CamScanner

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 1124415794		VILLA ARAGON ISEL CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 15 N°25-25	SANTA MARTA-MAGDALENA	3163872175	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-09	2025-09	1833938894	9492824718	I	2025/10/23	2025/10/07	BANCO DAVIVIENDA	0	$495,000

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)					$1,600,000	$256,000			$1,600,000	$200,000			$0	$0			$1,600,000	$39,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,600,000	$256,000			$1,600,000	$200,000			$0	$0			$1,600,000	$39,000		$0	$0
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)					$1,600,000	$256,000			$1,600,000	$200,000			$0	$0			$1,600,000	$39,000		$0	$0
1	CC 1124415794	VILLA ISEL	230301	30	$1,600,000	$256,000	EPS037	30	$1,600,000	$200,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,600,000	$39,000	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,600,000	$256,000			$1,600,000	$200,000			$0	$0			$1,600,000	$39,000		$0	$0

2025/10/06 10:20 PM

Scanned with CamScanner

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 1124415794		VILLA ARAGON ISEL CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 15 N°25-25	SANTA MARTA-MAGDALENA	3163872175	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1833938894	9492824718	I	2025/10/23	2025/10/07	BANCO DAVIVIENDA	0	$495,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$256,000	$0	$0	$256,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$256,000	$0	$0	$256,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$39,000	$0	$0	$39,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$39,000	$0	$0	$39,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$200,000	$0	$0	$200,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$200,000	$0	$0	$200,000
TOTAL				**1**	**$495,000**	**$0**	**$0**	**$495,000**

Scanned with CamScanner

Reporte de Auditoría

Rango de fechas: 2025-09-25 a 2025-10-25

Auditor	Auditadas	Valor Auditadas	Pendientes	Valor Pendientes
Alvaro	301	2.586.442.939,00	34	276.065.102,00
Isel	103	1.921.286.648,00	34	1.077.374.560,00
Sonia	185	4.088.526.089,00	0	0,00
Stefany	148	1.483.579.582,00	1	80.146.991,00
Yunia	63	1.162.003.236,00	55	925.533.215,00
TOTAL GENERAL	**800**	**11.241.838.494,00**	**124**	**2.359.119.868,00**

Scanned with CamScanner

HJMB 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 ISEL CAROLINA VILLA ARAGON Identificado con C.C. 1124415794

Fecha de Diligenciamiento:	2025-10-28

I. DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN EL AREA DE AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

N° CONTRATO:	CD20253449	RP:	4050	CDP:	1105
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	8.000.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:		4.000.000,00	
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2025-08-08	FECHA DE FINALIZACION:		2025-10-31	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIO JAVIER MANCERA SIERRA				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	GRUPO DE TRABAJO DE CONTABILIDAD				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

CDP - ADICION:	1223	RP - ADICION:	5789	VALOR CONTRATO CON ADICION:	4.000.000,00

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 Octubre

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

MARIO JAVIER MANCERA SIERRA
85203465
GRUPO DE TRABAJO DE CONTABILIDAD

Scanned with CamScanner