

STEFANY PATRICIA GONZALEZ AGUILAR

1082981667

CALLE 2 #9-19 GAIRA

4221903

STEFANYJOEL08@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	2026-03-26		
NOMBRES Y APELLIDOS:	STEFANY PATRICIA GONZALEZ AGUILAR		
DOCUMENTO:	1082981667		
DIRECCIÓN:	CALLE 2 #9-19 GAIRA	TELÉFONO:	4221903
CORREO ELECTRONICO:	STEFANYJOEL08@GMAIL.COM		

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que en la declaración de renta del año gravable 2025 no tomaré costos y deducciones

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° CONTRATO:	CD20260684						
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:	660	CDP:	1	FECHA INICIO:	2026-01-19	FECHA FINAL:	2026-04-30
VALOR CONTRATO:	16.000.000,00		VALOR A PAGAR:	4.000.000,00			
BANCO A CONSIGNAR:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	Nº CUENTA:	117100081233		
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:				Marzo			

FIRMA


STEFANY PATRICIA GONZALEZ AGUILAR
C.C. 1082981667 expedida en SANTA MARTA



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

STEFANY PATRICIA GONZALEZ AGUILAR

CON C.C.N. 1.082.981.667

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS AL ÁREA DE AUDITORÍA CONCURRENTE DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. CD20260684 DE FECHA INICIO 19/01/2026

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 auditoría 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 auditoría.
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 correspondiente 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 Secretarías 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 incurrido 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 diagnóstica e imagenología y banco de sangre y se subsanen las inconformidades notificadas.
6. Total de prefacturas auditadas para el periodo de cobro 117 por un valor de \$ 1.907.957.639

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9500579569	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	24/03/2026	\$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	24/03/2026	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	24/03/2026	\$ 42.700

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:

Stefany Gonzalez

N°. IDENTIFICACIÓN:

1.082.981.667

Reporte de Auditoría

Rango de fechas: 2026-02-23 a 2026-03-23

Auditor	Auditadas	Valor Auditadas	Pendientes	Valor Pendientes
Alvaro	188	2.205.934.345,00	16	284.351.400,00
Isel	165	2.133.235.001,00	0	0,00
Sonia	195	3.305.547.536,00	0	0,00
Stefany	117	1.907.957.639,00	0	0,00
Yunia	147	1.656.714.849,00	8	175.567.896,00
TOTAL GENERAL	812	11.209.389.370,00	24	459.919.296,00



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 1082981667		GONZALEZ AGUILAR STEFANI PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 2 9 19 GAIA	SANTA MARTA-MAGDALENA	4221903	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-02	2026-02	158249995	9500579569	I	2026/03/16	2026/03/24	NEQUI	\$544,800

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)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0		
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0		
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0		
1	CC 1082981667	GONZALEZ STEFANY	230301	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS037	30	\$1,750,905	\$218,900		0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,750,905	\$42,700	0	\$0	\$0		
Total Afiliados(1)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0		



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 1082981667		GONZALEZ AGUILAR STEFANI PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 2 9 19 GAIA	SANTA MARTA-MAGDALENA	4221903	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Valor
2026-02	2026-02	158249995	9500579569	I	2026/03/16	2026/03/24	NEQUI	\$544,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$1,500	\$0	\$281,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$280,200	\$1,500	\$0	\$281,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$300	\$0	\$43,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$42,700	\$300	\$0	\$43,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$1,200	\$0	\$220,100
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$218,900	\$1,200	\$0	\$220,100
TOTAL				1	\$541,800	\$3,000	\$0	\$544,800

**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
STEFANY PATRICIA GONZALEZ AGUILAR identificado con C.C. 1082981667

Fecha de Diligenciamiento:

2026-03-26

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:

CD20260684

RP:

660

CDP:

1

VALOR TOTAL DEL CONTRATO:

16.000.000,00

VALOR DE HONORARIOS PERIODO:

4.000.000,00

FECHA DEL ACTA DE INICIO:

2026-01-19

FECHA DE FINALIZACION:

2026-04-30

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