KELLYS JOHANNA MENDEZ GARCIA
1082876299
CRA 7 #7-54
3014515496
KELLYSMENDEZ@OUTLOOK.ES

# CUENTA DE COBRO

## DATOS PERSONALES

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Diligenciamiento:** | **2026-05-04** | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS: | KELLYS JOHANNA MENDEZ GARCIA | | |
| DOCUMENTO: | 1082876299 | | |
| DIRECCIÓN: | CRA 7 #7-54 | TELÉFONO: | 3014515496 |
| CORREO ELECTRONICO: | KELLYSMENDEZ@OUTLOOK.ES | | |

**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: | CD20260678 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTACION DE SERVICIOS COMO APOYO ADMINISTRATIVO EN EL ÁREA DE AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS, GLOSAS, CONCILIACIONES Y DEVOLUCIONES DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE. |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| RP: | 554 | CDP: | 1 | FECHA INICIO: | 2026-01-15 | FECHA FINAL: | 2026-05-30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| VALOR CONTRATO: | 14.000.000,00 | VALOR A PAGAR: | 3.500.000,00 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| BANCO A CONSIGNAR: | BBVA | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | No. CUENTA: | 518416003 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CDP - ADICION: | 807 | RP - ADICION: | 2601 | VALOR ADICION: | 7.000.000,00 |

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

**FIRMA**

Kellys Méndez García

KELLYS JOHANNA MENDEZ GARCIA
C.C. 1082876299 expedida en SANTA MARTA

| | | |
|---|---|---|
| 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
KELLYS MENDEZ GARCIA
CON C.C N° 1082876299

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

| | |
|---|---|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTACION DE SERVICIOSPROFESIONALES COMO APOYO ADMINISTRATIVO EN EL AREA DE AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS, GLOSAS, CONCILIACIONES DE LA E.S.E HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENECHE. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | CD20260678 | DE FECHA INICIO | 15/1/2026 |

| 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 | Se recepcionaron Devoluciones de Facturas Emitada por las diferentes EPS que fueron recibidas en fisico y medio electronico a corte mes de abril por valor de $ ; Estas se montaron en la Malla Institucional de excel y enviadas a los auditores asignados. |
| 2 | Se Montaron en Malla Institucional Tipificaciones de Dusakawi $809,593,393, Mutualser $1,95,601,085, Capital Salud $348,486,420, Nueva Eps $715,007,311, Salud Total $2,301,702, Savia Salud $1,097,592, Regional de Aseguramiento $63,034,304, Gobernación $348,59,018, Sanitas $573,200, Sura $514,198, Compensar$143,907,321. |
| 3 | Apoyo en Area Devoluciones subsanacion de diferencias de Facturas con Contabilidad y Cartera. |
| 4 | Relacion dia a dia de facturas subsanadas para radicacion |
| 5 | Elaboración de Mallas de Facturas subsanada dia a dia por EPS |
| 6 | Realice 570 aplicaciones de Devoluciones de Facturas de Topra de las diferentes entidades de salud a mes de Abril |
| 7 | Elaboración de Informes final para Cartera y Contabilidad correspondiente al mes de Abril |
| 8 | Elaboración de Informes para Radicación en el mes de Abril |

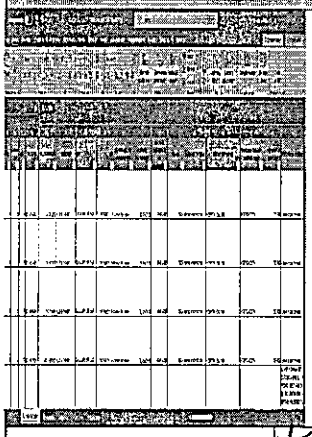
**III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

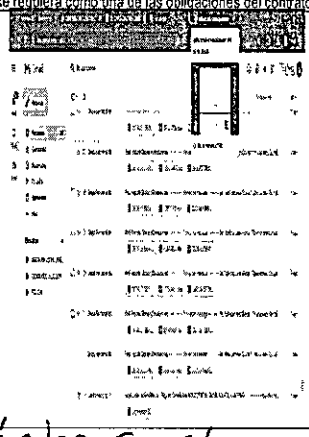
| | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | 9502619685 | OPERADOR: | APORTE EN LINEA |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | EPS SANITAS | 21/4/2026 | $ 218.900 |
| PENSIÓN: | COLPENSION | 21/4/2026 | $ 280.200 |
| RIESGOS LABORALES: | COLPATRIA ARL | 21/4/2026 | $ 42.700 |

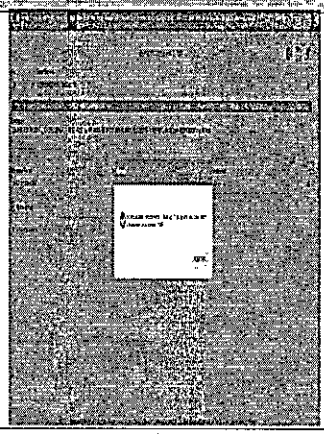
**IV.DECLARACIONES DEL CONTRATISTA**

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)







| | |
|---|---|
| FIRMA DEL CONTRATISTA: | Kellys Méndez García |
| N°. IDENTIFICACIÓN: | 1082876299 |

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1082876299 | | MENDEZ GARCIA KELLYS JOHANNA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Cra 7# 7-54 | SANTA MARTA-MAGDALENA | 4444444 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-03 | 2026-03 | 242579604 | 9502619685 | I | 2026/04/24 | 2026/04/21 | NEQUI | 0 | $541,800 |

**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 | 1082876299 | MENDEZ KELLYS | 25-14 | 30 | $1,750,905 | $280,200 | EPS005 | 30 | $1,750,905 | $218,900 | | 0 | $0 | $0 | 14-4 | 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 |

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1082876299 | | MENDEZ GARCIA KELLYS JOHANNA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Cra 7# 7-54 | SANTA MARTA-MAGDALENA | 4444444 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-03 | 2026-03 | 242579604 | 9502619685 | I | 2026/04/24 | 2026/04/21 | NEQUI | 0 | $541,800 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $280,200 | $0 | $0 | $280,200 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $280,200 | $0 | $0 | $280,200 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $42,700 | $0 | $0 | $42,700 |
| COLPATRIA ARP | 14-4 | 860,002,183 | 9 | 1 | $42,700 | $0 | $0 | $42,700 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $218,900 | $0 | $0 | $218,900 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $218,900 | $0 | $0 | $218,900 |
| TOTAL | | | | 1 | $541,800 | $0 | $0 | $541,800 |

**CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y KELLYS JOHANNA MENDEZ GARCIA identificado con C.C. 1082876299**

| Fecha de Diligenciamiento: | 2026-05-04 |
|---|---|

## I. DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| | |
|---|---|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTACION DE SERVICIOS COMO APOYO ADMINISTRATIVO EN EL ÁREA DE AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS, GLOSAS, CONCILIACIONES Y DEVOLUCIONES DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| N° CONTRATO: | CD20260678 | RP: | 554 | CDP: | 1 |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO: | 14.000.000,00 | VALOR DE HONORARIOS PERIODO: | | | 3.500.000,00 |
| FECHA DEL ACTA DE INICIO: | 2026-01-15 | FECHA DE FINALIZACION: | | | 2026-06-30 |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | MARIO JAVIER MANCERA SIERRA | | | | |
| UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | GRUPO DE TRABAJO DE CONTABILIDAD | | | | |

## II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CDP - ADICION: | 807 | RP - ADICION: | 2601 | VALOR CONTRATO CON ADICION: | 7.000.000,00 |

## 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 Abril

## V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

MARIO JAVIER MANCERA SIERRA
85203465
GRUPO DE TRABAJO DE CONTABILIDAD

| | | |
|---|---|---|
| E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE | **CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO CONTROL DE LEGALIDAD** | CÓDIGO: GJC30F<br>VERSIÓN: 001<br>FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 24/04/2026<br>PÁGINA 1 de 1 |

**EL SUSCRITO SUPERVISOR**

**CERTIFICA QUE:**

En cumplimiento de mis responsabilidades como supervisor del contrato CD20260678 a nombre de KELLYS JOHANNA MENDEZ GARCIA con cedula de ciudadanía No. 1082876299; se encuentran cargados todos los documentos relacionados con el control de legalidad en los tres estándares establecidos (Etapa precontractual, Etapa Contractual, Etapa poscontractual) en la plataforma SIA – OBSERVA Y SECOP II.

Por lo tanto, doy visto bueno para respectivo pago correspondiente del mes de ABRIL 2026

**La presente se firma a los Veintisiete (27) días del mes de abril del 2026.**

**MARIO JAVIER MANCERA SIERRA**
C.c 85203465
Profesional Universitario
Grupo de Trabajo de Contabilidad