**MARIA ISABEL VENGOECHEA RUIZ**
**1082932071**
**MIRADOR DE MINCA TORRE 11 APTO 503**
**3008529330**
**MARIAISABELVENGOECHEARUIZ@HOTMAIL.COM**

# CUENTA DE COBRO

## DATOS PERSONALES

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Diligenciamiento:** | **2026-07-29** | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS: | MARIA ISABEL VENGOECHEA RUIZ | | |
| DOCUMENTO: | 1082932071 | | |
| DIRECCIÓN: | MIRADOR DE MINCA TORRE 11 APTO 5 | TELÉFONO: | 3008529330 |
| CORREO ELECTRONICO: | MARIAISABELVENGOECHEARUIZ@HOTMAIL.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: | CD20262392 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE. |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| RP: | 3084 | CDP: | 954 | FECHA INICIO: | 2026-06-16 | FECHA FINAL: | 2026-08-31 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| VALOR CONTRATO: | 18.000.000,00 | VALOR A PAGAR: | 6.000.000,00 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| BANCO A CONSIGNAR: | BANCO DE BOGOTA | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | No. CUENTA: | 439051905 |

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

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

## FIRMA



MARIA ISABEL VENGOECHEA RUIZ
C.C. 1082932071 expedida en SANTA MARTA

| | | |
|---|---|---|
| HJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE | **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO** | CODIGO: GJC23F 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 MARIA ISABEL VENGOECHEA RUIZ**

**C.C. Nº: 1.082.932.071**

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO **MÉDICO GENERAL** PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE. | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **CD20262392** | **DE FECHA** | **16/JUNIO/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 | Obré con diligencia y el cuidado en los asuntos que me asignó el supervisor del contrato. |
| 2 | Realicé todas y cada una de las funciones descritas en el numeral 2 del estudio de conveniencia. |
| 3 | Aporté a la E.S.E la hoja de vida y documentos de identificación que le sean solicitados. |
| 4 | Garanticé la presencia oportunamente, durante los procedimientos, las consultas e interconsultas de la E.S.E. |
| 5 | Atendí a los pacientes en el turno y en área asignada por la E.S.E. |
| 6 | Asistí a la ronda Medico técnico-científica y técnico-administrativa con frecuencia semanal. |
| 7 | Realicé la revista diaria la cual consiste en valoración, seguimiento, evoluciones, órdenes, RIPS de los pacientes |
| 8 | Participé en las jornadas científicas y actividades académicas de investigación. |
| 9 | Cumplí con diligenciamiento los RIPS, formatos instrumentos de control, seguimiento, evaluación, facturación de la E.S.E. |
| 10 | Diligencié la historia clínica de los pacientes cumpliendo con los parámetros establecidos en la Resolución No 1995 de |
| 11 | Participé en las juntas médicas para expedir conceptos necesarios que se deriven de la atención de los pacientes |
| 12 | Cumplí con los turnos estipulados. |
| 13 | Presté los servicios relacionados en el estudio de conveniencia, necesidad y oportunidad. |
| 14 | Garanticé la prestación de servicio objeto del contrato que se cumplieron con las características y referencias descritas en |
| 15 | El valor facturado corresponde a las horas contratadas y los servicios prestados y fueron verificados por mi supervisor. |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | **9506285921** | **OPERADOR:** | **APORTES EN LINEA** |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| **SALUD:** | **SANITAS** | **08/JULIO/2026** | **300.000** |
| **PENSIÓN:** | **COLFONDOS** | **08/JULIO/2026** | **384.000** |
| **RIESGOS LABORALES:** | **ARL SURA** | **08/JULIO/2026** | **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

| | |
|---|---|
| **FIRMA DEL CONTRATISTA:** |  |
| **N°. IDENTIFICACIÓN:** | **1.082.932.071** |

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 1082932071 | | VENGOECHEA RUIZ MARIA ISABEL | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | calle 21 12-48 | SANTA MARTA-MAGDALENA | 4359431 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-06 | 2026-06 | 461873921 | 9506285921 | I | 2026/07/17 | 2026/07/08 | BANCO DE BOGOTA | 0 | $742,500 |

**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)** | | | | | $2,400,000 | $384,000 | | | $2,400,000 | $300,000 | | | $0 | $0 | | | $2,400,000 | $58,500 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $2,400,000 | $384,000 | | | $2,400,000 | $300,000 | | | $0 | $0 | | | $2,400,000 | $58,500 | | $0 | $0 |
| Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA ( 1 Afiliados) | | | | | $2,400,000 | $384,000 | | | $2,400,000 | $300,000 | | | $0 | $0 | | | $2,400,000 | $58,500 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 1082932071 | VENGOECHEA MARIA | 231001 | 30 | $2,400,000 | $384,000 | EPS017 | 30 | $2,400,000 | $300,000 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $2,400,000 | $58,500 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | | $2,400,000 | $384,000 | | | $2,400,000 | $300,000 | | | $0 | $0 | | | $2,400,000 | $58,500 | | $0 | $0 |

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 1082932071 | | VENGOECHEA RUIZ MARIA ISABEL | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | calle 21 12-48 | SANTA MARTA-MAGDALENA | 4359431 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-06 | 2026-06 | 461873921 | 9506285921 | I | 2026/07/17 | 2026/07/08 | BANCO DE BOGOTA | 0 | $742,500 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $384,000 | $0 | $0 | $384,000 |
| COLFONDOS | 231001 | 800,227,940 | 6 | 1 | $384,000 | $0 | $0 | $384,000 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $58,500 | $0 | $0 | $58,500 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $58,500 | $0 | $0 | $58,500 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $300,000 | $0 | $0 | $300,000 |
| FAMISANAR | EPS017 | 830,003,564 | 7 | 1 | $300,000 | $0 | $0 | $300,000 |
| TOTAL | | | | 1 | $742,500 | $0 | $0 | $742,500 |