

YUNIA CECILIA QUINTO PALACIOS
1017237354
CALLE 43# 27-161 CONJUNTO MIRADOR DE LA SIERRA
3136039158
YUNIAQUINTOPALACIOS@OUTLOOK.ES

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	2026-07-30		
NOMBRES Y APELLIDOS:	YUNIA CECILIA QUINTO PALACIOS		
DOCUMENTO:	1017237354		
DIRECCIÓN:	CALLE 43# 27-161 CONJUNTO MIRADO	TELÉFONO:	3136039158
CORREO ELECTRONICO:	YUNIAQUINTOPALACIOS@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:	CD20263025						
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:	3928	CDP:	1199	FECHA INICIO:	2026-07-14	FECHA FINAL:	2026-09-30
VALOR CONTRATO:	12.000.000,00		VALOR A PAGAR:	4.000.000,00			
BANCO A CONSIGNAR:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	4884299231	36	
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:				Julio			

FIRMA


YUNIA CECILIA QUINTO PALACIOS
C.C. 1017237354 expedida en MEDELLIN

	ACTA DE INICIO	CÓDIGO: GJC25F VERSIÓN: 002 FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 09/11/2025 PÁGINA 1 de 1
---	-----------------------	--

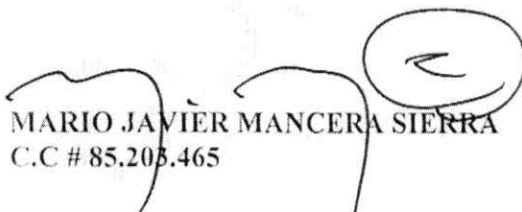
ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20263025 DEL 2026

NO. DEL CONTRATO	CD20263025 DEL 2026
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	QUINTO PALACIOS YUNIA CECILIA
NO. DE IDENTIDAD	1017237354
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	12000000 DOCE MILLONES DE PESOS
FORMA DE PAGO	El HUJMB cancelará al CONTRATISTA en TRES (3) pagos parciales por valor de CUATRO MILLONES DE PESOS M/CTE (\$4.000.000) C/U, de conformidad con el informe de la ejecución de las actividades contractuales realizadas, previa certificación de cumplimiento de expedida por parte del Supervisor del contrato
PLAZO DE EJECUCIÓN	Prevía Legalización, sin exceder el 30 de SEPTIEMBRE de 2026
CDP	1199
REGISTRO PRESUPUESTAL	3928
SUPERVISOR DEL CONTRATO	PROFESIONAL UNIVERSITARIO - CONTABILIDAD

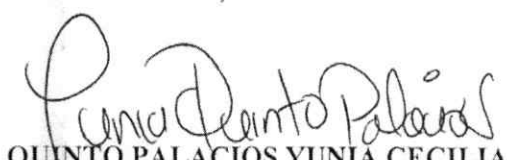
Entre los suscritos, **MARIO JAVIER MANCERA SIERRA**, mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **85.203.465**, expedida en **SANTA ANA (MAGDALENA)**, obrando en calidad de **PROFESIONAL UNIVERSITARIO - CONTABILIDAD**, quien actúa como supervisor del contrato **CD20263025** por otra parte **QUINTO PALACIOS YUNIA CECILIA**, en calidad de contratista quienes se reúnen para dar inicio al contrato en mención, cuyo objeto es el mencionado en la parte superior del presente documento.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta, **14 JULIO** del año **2026**.

SUPERVISOR,


MARIO JAVIER MANCERA SIERRA
C.C # 85.203.465

CONTRATISTA,

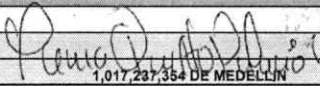

QUINTO PALACIOS YUNIA CECILIA
C.C # 1017237354

O	NUMERO DE IDENTIFICACION	ESPECIALIDAD	OBSERVACIONES	CARGADA AL SEGUIMIENTO Y CONTROL DE CUENTAS AUDITADAS	VALOR PREFACTURA
1	1205975978	CANGURO HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA	COBRAR TARIFA 2026. AUTORIZACIÓN 168436-1224700. ELIMINAR PAGINA 7 DE PDF DE SOPORTES: ESTADO DE CUENTA.	SI	1.770.000,00
2	1248371615	HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA	COBRAR TARIFA 2026. CORREGIR ORDEN DE SOPORTES.	SI	1.770.000,00
3	1083076149	CANGURO HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA	COBRAR TARIF 2026, p018-308925521. ELIMINAR ESTADO DE CUENTA DE PDF DE SOPORTES, CORREGIR ORDEN DE SOPORTES,	SI	1.770.000,00
4	1083076078	CANGURO HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA	COBRAR TARIFA 2026. AUTORIZACION 19038976. REGISTRO CIVIL ILEGIBLE. DOCUMENTO DE IDENTIDAD DE LA MADRE INNECESARIO. ANEXAR COMPROBANTE DE RECIBIDO.	SI	1.770.000,00
5		CANGURO HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA			
6		CANGURO HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA			
7		CANGURO HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA			

Reporte de Auditoría

Rango de fechas: 2026-06-25 a 2026-07-27

Auditor	Auditadas	Valor Auditadas	Pendientes	Valor Pendientes
Alvaro	216	2.063.260.812,00	9	110.963.449,00
Isel	80	1.204.400.384,00	0	0,00
Luis	90	826.556.180,00	0	0,00
Sonia	215	5.388.879.979,00	0	0,00
Yulieth	118	1.691.527.939,00	0	0,00
Yunia	112	1.134.090.729,00	9	282.971.337,00
TOTAL GENERAL	831	12.308.716.023,00	18	393.934.786,00

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y YUNIA CECILIA QUINTO PALACIOS CON C.C N° 1017237354			
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS			
OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN EL AREA DE AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		CD20263025	DE FECHA INICIO 14/7/2026
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	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 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	Revisé 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, epícrisis 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		
4	Revisé 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 incurrente 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 del programa de Canguro Hospitalización Domiciliaria para el periodo de cobro 4 por un valor de 7,080,000		
7	Total de prefacturas auditadas para el periodo de cobro 112 por un valor de: 1,134,090,729 (ANTES DEL CORTE)		
8	Total de prefacturas auditadas para el periodo de cobro 118 por un valor de: 1,424,303,397. (DESPUES DEL CORTE; AL DIA)		
III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	9507526539	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	Nueva Eps	30/7/2026	218.900
PENSIÓN:	Colpensiones	30/7/2026	280.200
RIESGOS LABORALES:	Positiva	30/7/2026	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.			
<div> <div>FIRMA DEL CONTRATISTA:</div> <div>Nº. IDENTIFICACIÓN:</div> </div> <div>  1,017,237,354 DE MEDELLÍN </div>			

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
1017237354		QUINTO PALACIOS YUNIA CECILIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 43# 77-161	SANTA MARTA-MAGDALENA	3136039158	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		Banco		Dias Mora	Valor
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago						
26-06	2026-06	522724300	9507526539	I	2026/07/14	2026/07/30	NEQUI				16	\$548,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO		NOVEDADES																PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				Total Aportes																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
Identificación	Nombre	ing	ret	ide	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sin	ige	uma	vac	avp	vct	lrl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias		IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
CURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											</

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$3,300	\$0	\$283,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$280,200	\$3,300	\$0	\$283,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$600	\$0	\$43,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$42,700	\$600	\$0	\$43,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$2,600	\$0	\$221,500
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$218,900	\$2,600	\$0	\$221,500
TOTAL				1	\$541,800	\$6,500	\$0	\$548,300

	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
YUNIA CECILIA QUINTO PALACIOS identificado con C.C. 1017237354**

Fecha de Diligenciamiento:	2026-07-30
----------------------------	------------

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:	CD20263025	RP:	3928
		CDP:	1199
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	12.000.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	4.000.000,00
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2026-07-14	FECHA DE FINALIZACION:	2026-09-30
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIO JAVIER MANCERA SIERRA		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	GRUPO DE TRABAJO 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

- El contrato se encuentra debidamente legalizado: SI
- 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
- Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en su respectiva carpeta contractual: SI
- 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 CONTABILIDAD





**CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO CONTROL
DE LEGALIDAD**

CÓDIGO: GJC30F
VERSIÓN: 001
FECHA DE ÚLTIMA
REVISIÓN:
24/04/2026
PÁGINA 1 de 1

EL SUSCRITO SUPERVISOR

CERTIFICA QUE:

En cumplimiento de mis responsabilidades como supervisor del contrato CD20263025 a nombre de **YUNIA CECILIA QUINTO PALACIOS** con cedula de ciudadanía No. **1017237354**; 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 julio 2026

La presente se firma al día 30 del mes de julio del 2026.



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