CUENTA DE COBRO

DATOS DEL CONTRATISTA						FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 29/02/2024	
NOMBRES Y APELLIDOS:	ENEISON FERNANDEZ ACOSTA					**CC:**	1083454489
						RUT:	1083454489-9
CORREO ELECTRÓNICO:	eneison1703@gmail.com					**TELÉFONO DE CONTACTO:**	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Mz 11 C 28 Andrea Carolina					**CIUDAD:**	Santa Marta
RÉGIMEN DEL IVA:	SIMPLIFICADO ☐ COMÚN x		**¿DECLARANTE DE RENTA?**		NO	**¿ESTÁ OBLIGADO A FACTURAR? NO**	
¿PERSONAS A CARGO?	1	**¿APORTE VOLUNTARIO A FONDO DE PENSIONES?**			NO		
¿AHORRO VOLUNTARIO A CUENTAS AFC?		NO		**¿PAGO DE INTERESES CRÉDITO DE VIVIENDA?** NO			
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA		**TIPO DE CTA.:**	AHORRO	Nº CUENTA:	564846772	

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO							
Nº DEL CONTRATO:	CD20241760	**Nº RP:**	2045	**N° CDP:**	309	**PLAZO - DURACIÓN:**	1
¿ADICIÓN O PRORROGA?	NO	**TIEMPO PRORROGADO**		NO		**VALOR ADICIONADO:** NO	
FECHA DE INICIO CONTRATO	**19/02/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**29/02/2024**		**VALOR DEL CONTRATO: 2.100.000**	
N° CDP (ADICIÓN):	NO	**OBJETO DEL CONTRATO**	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL GRUPO DE TRABAJO DE APOYO TECNOLOGICO DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.				
N° RP: (ADICIÓN)	NO						
¿SUSPENDIDO?	NO	**FECHA DE REINICIO:**		**N/A**	**NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN:**	**N/A**	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO (ADICIÓN)	NO		**PERIODO OBJETO DE COBRO:**		feb-24		
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO?				**$**		**2.100.000,00**	

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR			
MES DE PAGADO DE SEGURIDAD SOCIAL		ENERO	**IBC:** 1.300.000
APORTE OBLIGATORIO A SEGURIDAD SOCIAL SALUD	$ 162.500	**APORTE OBLIGATORIO A SEGURIDAD SOCIAL PENSIÓN:** 208.000	
NIVEL / APORTE DE RIESGO ARL	3	$ 31.700	**APORTE OBLIGATORIO A FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL:** NO
			TOTAL PAGO SEGURIDAD SOCIAL: 402.200

Firma del Contratista

Eneison Fernandez A.

ENEISON FERNANDEZ ACOSTA

1083454489

HJMB Julio Méndez Barreneche	**FORMATO INFORME DE SUPERVISOR**	**Código: GJC22F**	**Versión: 1**
		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/01/2024	
		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 29/02/2024	

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y ENEISON RAFAEL FERNANDEZ ACOSTA CON C.C Nº 1083454489

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL GRUPO DE TRABAJO DE APOYO TECNOLÓGICO DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20241760**	**DE FECHA**	19/02/20 :4		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$2100000	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:**	$2100000		
N° PAGO / N° DE INFORME::	1 DE 1	**Nº CRP:**	2045	**N° CDP:**	309
PLAZO DEL CONTRATO	1 MES	**FECHA DEL ACTA DE INICIO:**	19/02/2024		
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	7913317089	**OPERADOR:**	SOI		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SISTEMA DE INFORMACION Y TIC				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	CINDY SALLANNY MATTOS FIGUERA				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N/A	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**			N/A		
VALOR ADICIONADO	N/A	**CDP DE LA ADICIÓN:**	N/A	**CRP DE LA ADICIÓN:**	N/A	**TIEMPO PRORROGADO:**	N/A

III. POLIZAS (SI APLICA)

N° DE PÓLIZA:	N/A	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**	N/A

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

Se verifican las actividades desarrolladas y descritas en el informe de actividades anexo, donde además se observa compromiso, responsabilidad y cumplimiento por parte del contratista.
Se constatan registros en Base de Datos del sistema Intranet. Se recomienda estar más atento en las actualizaciones de los servicios que realiza en la mesa de ayuda, ya que no muestran la realidad.

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	El contrato se encuentra debidamente legalizado.	X	
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.	X	
3	Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en su respectiva carpeta contractual.	X	
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.	X	

Teniendo en cuenta lo anterior, en mi calidad de supervisor doy visto bueno para el respectivo pago correspondiente al periodo N° 1(UNO) de 1 (UNO)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	Cindy Mattos A.
N°. IDENTIFICACIÓN:	**55.220.303 de Barranquilla (Atlántico)**

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE	**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO**	**Código: GJC23F**	**Versión: 2**
		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024	
		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 29/02/2024	

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y
ENEISON RAFAEL FERNANDEZ ACOSTA
CON C.C Nº 1083454489

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL GRUPO DE TRABAJO DE APOYO TECNOLOGICO DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20241760**			**DE FECHA**		**19/02/2024**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$2.100.000			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:**		$2.100.000
Nº PAGO / Nº DE INFORME::	1 DE 1		**Nº CRP:**	2045	**Nº CDP:**	309
PLAZO DEL CONTRATO	(1) UN MES		**FECHA DEL ACTA DE INICIO:**	19/02/2024		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	P.E. Unidad Funcional Sistemas de Información y TIC					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	CINDY MATTOS FIGUERA					

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	N/A	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**			N/A	
VALOR ADICIONADO	N/A	**CDP DE LA ADICIÓN:**	N/A	**CRP DE LA ADICIÓN:**	N/A	**TIEMPO PRORROGADO:**	N/A

III. POLIZAS (SI APLICA)

Nº DE PÓLIZA:	N/A	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**	N/A

IV. 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)

ITEM	
1	Realice formateo e instalacion de computadores
2	Realice acompañamiento a implementaicon del turnero
3	Realice mantenimiento de impresora
4	Realice traslados de equipo
5	Realice recarga de tintas en las diferentes areas
6	Realice copia de seguridad en diferentes equipos
7	Realice envio de facturas a la Dian

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	7913317089	**OPERADOR:**	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	Sanitas	26-feb-24	162.500
PENSIÓN:	Colfondo	26-feb-24	208.000
RIESGOS LABORALES:	Positiva	26-feb-24	31.700

VI.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.

VII. 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:	Eneison Fernandez A
Nº. IDENTIFICACIÓN:	**1083454489**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1083454489
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ENEISON RAFAEL FERNANDEZ ACOSTA
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	ANDREA CAROLINA MZ 7 CASA 22	TELÉFONO:	3111111
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7913317089			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES enero	AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES enero AÑO 2024
DÍAS DE MORA:	5				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/02/26			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	476944330

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.000	$ 0	$ 208.000	$ 1.000	$ 209.000
SUBTOTALES:										**$ 208.000**	**$ 1.000**	**$ 209.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 800	$ 0	$ 162.500	$ 800	$ 0	$ 163.300
SUBTOTALES:													**$ 162.500**	**$ 800**	**$ 0**	**$ 163.300**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 31.700	$ 31.700	$ 200	$ 0	$ 31.900
SUBTOTALES:									**$ 31.700**	**$ 200**	**$ 0**	**$ 31.900**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																				SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES							
																														PENSIÓN								SALUD						ARP							CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COLFONDOS	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1083454489	FERNANDEZ ACOSTA ENEISON RAFAEL	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO																		231001-COLFONDOS	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000	$ 108345448	$ 31.700	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 404.200**

Planilla Pagada