



ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

NIT: 891780185
CARRERA 14 #23-42
4346262

AÑO: 2024 NÚMERO DE ACUERDO: 004 FECHA: 11/07/2024

REGISTROS PRESUPUESTALES No. 4549
LA PROFESIONAL UNIVERSITARIA DE PRESUPUESTO
CERTIFICA

CERTIFICADO DISPONIBILIDAD No.722

TERCERO: 7602860 - ROCA GOMEZ NEIL FABIAN

QUE POR MEDIO DEL CUAL SE REGISTRA EN EL LIBRO DE PRESUPUESTO, LOS VALORES QUE SE RELACIONAN A CONTINUACION:

SERVICIO DE PERSONAL ADMINISTRATIVO DE ESTA ESE. SEGUN OPS 3963

VALOR: \$ 2.100.000.00

DOS MILLONES CIENTO MIL (PESOS)

Código Rubro	Descripción	Lugar	cod. CPC descripción CPC	Valor
2.1.2.02.02.008.02	Servicios Personales Administrativos (Contador, Abogado, otros)	ESE JULIO MENDEZ BARRENECHE		2,100,000

Contrato	No. Contrato	Fecha Inicial	Fecha Final
PRESTACION DE SERVICIOS	3963		

LEDYS GALINDO MORALES
PROFESIONAL UNIVERSITARIO PRESUPUESTO

USUARIO IMPRIME: ANDRES JESUS ARMANDO GAMEZ AND
IMPRESO POR: Sistemas CitiSalud SAS
ELABORADO POR: ANDRES JESUS ARMANDO GAMEZ AND

	ACTA DE DESIGNACIÓN DE SUPERVISOR	CÓDIGO: GJC24F VERSIÓN: 02 FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024 Página 1 de 1
---	--	---

PARA: GRUPO DE TRABAJO DE CONTABILIDAD
DE: GERENTE
ASUNTO: Designación de Supervisor

En calidad de ordenador del gasto me permito comunicarle que ha sido designado(a) como Supervisor del siguiente contrato:

CONTRATO	CONTRATISTA	OBJETO	PLAZO
CD20243963	NEIL FABIAN ROCA GOMEZ	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL GRUPO DE TRABAJO DE FACTURACION DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.	Previa legalización, sin exceder el 31 de julio de 2024

En su actuación como Supervisor, está en la obligación de mantener un estricto control sobre la ejecución del objeto y obligaciones contractuales, por cuanto de conformidad con lo establecido en los artículos 51 y 56 de la Ley 80 de 1993, la Ley 1952 de 2019 y la Ley 1474 de 2011, el supervisor responderá disciplinaria, fiscal, civil y penalmente por sus acciones y omisiones en la actuación contractual, en los términos de la Constitución y la Ley.

Adicionalmente estará obligado a dar estricto cumplimiento a las obligaciones que defina la entidad a través del Manual de Contratación, el Manual de Supervisión e interventoría y las circulares que se expidan, y el Grupo de Trabajo de Contratación a través de la Oficina Asesora Jurídica y Control Disciplinario respecto de los asuntos referidos a la ejecución contractual y la etapa postcontractual.

Los supervisores están obligados a expedir los informes de supervisión y demás documentos de la ejecución contractual los cuales deberán presentarse dentro del término que se señale en el clausulado contractual o cuando sea requerido por el ordenador del gasto para que reposen en el expediente contractual de la Entidad.

Dentro de sus obligaciones principales está la vigilancia del cumplimiento del plazo de ejecución, de las obligaciones y del cronograma de actividades, si lo hubiere, así como informar al Grupo de Trabajo de Contratación cualquier acontecimiento que impida el normal desarrollo del contrato o convenio, estudiar las solicitudes, sugerencias, reclamaciones y consultas del contratista, exigir la documentación e información que estime pertinente y necesaria para el cabal cumplimiento de sus obligaciones como supervisor, exigir la acreditación del cumplimiento de las obligaciones adquiridas con el sistema de seguridad social integral y parafiscales según sea el caso, aprobar las solicitudes de pago, y todas las demás obligaciones que deban cumplir las partes y/o el contratista, señaladas en el respectivo contrato o convenio.

Una vez finalice el contrato o convenio cuya supervisión le corresponda, tendrá la obligación de expedir un informe final de supervisión, la certificación final de cumplimiento del objeto contractual y proyectar el acta de liquidación respectiva, en los casos que aplique, la cual deberá venir acompañada de la certificación de pagos y el certificado de saldos y pagos expedidos por el Grupo de Trabajo de Tesorería y el Grupo de Trabajo de Contabilidad.

Todos los documentos antes citados deberán ser remitidos al Grupo de Trabajo de Contratación para su revisión y trámite pertinente, con el fin de dar cumplimiento al procedimiento de liquidación contractual.

NORA ELVIRA ANILLO ROMERO
GERENTE (E)



ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20243963 DEL 2024

NO. DEL CONTRATO	CD20243963
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	NEIL FABIAN ROCA GOMEZ
NO. DE IDENTIDAD	7602880
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL GRUPO DE TRABAJO DE FACTURACION DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	2100000
FORMA DE PAGO	El HUJMB cancelará al CONTRATISTA 1 cuota, por valor DOS MILLONES CIENTO MIL PESOS M/L. (\$2100000) correspondiente al mes de julio de conformidad con el informe de la ejecución de las actividades contractuales realizadas, previa certificación de cumplimiento expedida por parte del Supervisor del contrato.
PLAZO DE EJECUCIÓN	PREVIA LEGALIZACIÓN DEL CONTRATO SIN EXCEDER EL 31 DE JULIO DE 2024
CDP	722
REGISTRO PRESUPUESTAL	4549
SUPERVISOR DEL CONTRATO	NORA ELVIRA ANILLO ROMERO

Entre los suscritos a saber **NORA ELVIRA ANILLO ROMERO** en su calidad de **GERENTE (E)** y quien actúa como Supervisor del contrato No. **CD20243963** y por la otra **NEIL FABIAN ROCA GOMEZ** 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 a los **11** días, del mes de julio del año **2024**.

SUPERVISOR,

CONTRATISTA,



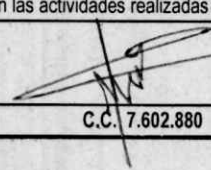
NORA ELVIRA ANILLO ROMERO
C.C Nº. 45.523.791



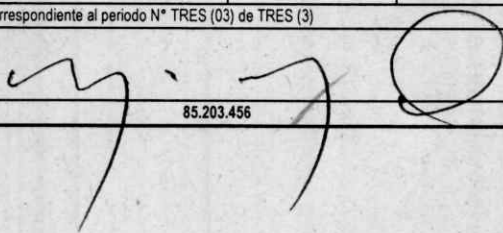
NEIL FABIAN ROCA GOMEZ
7602880



	FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	Código: GJC23F	Versión: 2
		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024	
		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/07/2024	

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y NEIL FABIAN ROCA GOMEZ CON C.C Nº 7.602.880			
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 FACTURACION DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20243963	DE FECHA	11/07/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	\$2.100.000	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	\$2,100,000
Nº PAGO / Nº DE INFORME::	1 DE 1	Nº CRP:	4549
PLAZO DEL CONTRATO	(1) UN MES	Nº CDP:	722
PLAZO DEL CONTRATO	(1) UN MES	FECHA DEL ACTA DE INICIO:	11/07/2024
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	FACTURACION		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIO JAVIER MANCERA SIERRA		
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	DD/MM/AAAA	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	N/A
ITEM	IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO		
1	DURANTE EL MES DE JULIO DE REALIZARON 576 FACTURAS POR UN VALOR TOTAL DE \$ 83.609.403 Y SE REALIZARON UN TOTAL DE 22 ADMISIONES POR CONCEPTO DE ENDOSCOPIAS, COLONOSCOPIAS, CLINICA DE HERIDAS Y PROGRAMA DE YESO		
2			
3			
4	VERIFICACION DE DERECHOS EN EL MES DE ABRIL		
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	7931308607	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	25/07/2024	162.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	25/07/2024	208.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	25/07/2024	31.700
VI. 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.			
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:			
Nº. IDENTIFICACIÓN:	C.C. 7.602.880		



	FORMATO INFORME DE SUPERVISOR		Código: GJC22F	Versión: 1
			FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/01/2024	
	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/07/2024			
CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y NEIL FABIAN ROCA GOMEZ CON C.C Nº 7.602.880				
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 FACTURACION DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20243963	DE FECHA		11/07/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	\$2.100.000	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:		\$ 2.100.000
N° PAGO / N° DE INFORME::	UNO(1) DE UNO(1)	N° CRP:	4549	N° CDP: 722
PLAZO DEL CONTRATO	31/07/2024	FECHA DEL ACTA DE INICIO:		11/07/2024
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	7931308607	OPERADOR:		SOI
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	FACTURACION			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIO JAVIER MANCERA SIERRA			
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
III. POLIZAS (SI APLICA)				
N° DE PÓLIZA:	XX	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		XX
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:		XX
IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS				
<p align="center"><u>EL CONTRATISTA CUMPLIÓ CON LAS ACTIVIDADES ESTABLECIDAS EN SU CONTRATO SIN NINGUNA OBSERVACION ADICIONAL</u></p>				
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° TRES (03) de TRES (3)				
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:				
N°. IDENTIFICACIÓN:		85.203.456		

CUENTA DE COBRO

DATOS DEL CONTRATISTA				FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/07/2024	
NOMBRES Y APELLIDOS:	NEIL FABIAN ROCA GOMEZ			CC:	7602880
				RUT:	7602880-4
CORREO ELECTRÓNICO:	neilroca35@gmail.com			TELÉFONO:	3016530805
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Calle 9 No. 17b - 47 - Almendros			CIUDAD:	SANTA MARTA
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.					
NO tomaré costos y deducciones				X	
SI tomaré costos y deducciones					
La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.					
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORRO	N° CUENTA:	564847994
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	CD20243963	N° RP:	4549	N° CDP:	722
¿ADICIÓN O PRORROGA?	NO	TIEMPO PRORROGADO		NO	PLAZO - DURACIÓN: 1 MES
FECHA DE INICIO CONTRATO	11/07/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31 DE Julio DE 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 FACTURACION DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.		
N° RP: (ADICIÓN)	NO				
¿SUSPENDIDO?	NO	FECHA DE REINICIO:	DD/MM/AAAA	NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN:	DD/MM/AAAA
VALOR TOTAL DEL CONTRATO (ADICIÓN)	NO	PERIODO OBJETO DE COBRO:		JULIO	
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO?				\$ 2.100.000	

Firma del Contratista

NEIL ROCA GOMEZ
C.C 7.602.880

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20243963 DEL 2024

NO. DEL CONTRATO	CD20243963
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	NEIL FABIAN ROCA GOMEZ
NO. DE IDENTIDAD	7.602.880 DE SANTA MARTA
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL GRUPO DE TRABAJO DE FACTURACION DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	DOS MILLONES CIENTO MIL PESOS M/CTE (\$2.100.000)
FORMA DE PAGO	MENSUAL
PLAZO DE EJECUCIÓN	PREVIA LEGALIZACIÓN DEL CONTRATO SIN ESCEDERSE DEL 30 DE JUNIO DE 2024
CDP	722
REGISTRO PRESUPUESTAL	4549
FECHA DE ACTA DE INICIO	11 DE JULIO DE 2024
FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO	31 DE JULIO DEL 2024
SUPERVISOR DEL CONTRATO	PROFESIONAL UNIVERSITARIO - CONTADOR

Entre los suscritos, **MARIO JAVIER MANCERA SIERRA** mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **85.203.456** de Santa Ana (Magdalena), obrando en calidad de **PROFESIONAL UNIVERSITARIO - CONTADOR** quien actúa como supervisor del contrato **CD20243963** por otra parte **NEIL FABIAN ROCA GÓMEZ** identificado con la cédula de ciudadanía No. **7.602.880** de Santa Marta en su condición de contratista se reunieron para firmar acta de finalización de contrato.

Por último el hospital se declara que no existe emolumento alguno entre las partes y con todo concepto respecto de las obligaciones mutuas pactadas en el contrato prestación de servicios en referencia.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta a los 31 días, del mes de Julio del año 2024.

SUPERVISOR,


MARIO JAVIER MANCERA SIERRA
85.203.456 de Santa Ana (Magd)

CONTRATISTA,


NEIL FABIAN ROCA GOMEZ
7.602.880 de Santa Marta

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 7602880
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	NEIL FABIAN ROCA GOMEZ	
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	CALLE 9E # 35-28	TELÉFONO: 4444444
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7931308607	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: junio	PERIODO COTIZACIÓN
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2024	SALUD: AÑO: 2024
DÍAS DE MORA:	7	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/07/25	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 798171533

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 209.100
SUBTOTAL:			1	\$ 209.100
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	\$ 163.400
SUBTOTAL:			1	\$ 163.400
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 31.900
SUBTOTAL:			1	\$ 31.900

VALOR SIN MORA:	\$ 402.200
VALOR MORA:	\$ 2.200
TOTAL PAGADO:	\$ 404.400

