OMAR EMILIO QUINTERO SARABIA
7604618
N/A
N/A
OMARQUINTEROSARABIA@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2024-08-29**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	OMAR EMILIO QUINTERO SARABIA		
DOCUMENTO:	7604618		
DIRECCIÓN:	N/A	TELÉFONO:	N/A
CORREO ELECTRONICO:	OMARQUINTEROSARABIA@GMAIL.COM		

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que en la declaración de renta del año gravable 2024 no tomaré costos y deducciones

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° CONTRATO:	CD20244589
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.

RP:	5177	CDP:	779	FECHA INICIO:	2024-08-14	FECHA FINAL:	2024-09-30

VALOR CONTRATO:	4.200.000,00	VALOR A PAGAR:	2.100.000,00

BANCO A CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	91214879650

CDP - ADICION:	0	RP - ADICION:	0	VALOR CONTRATO CON ADICION:	0,00

PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Agosto**

FIRMA

OMAR EMILIO QUINTERO SARABIA
C.C. 7604618 expedida en N/A

ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20244589 DEL 2024

NO. DEL CONTRATO	CD20244589 DE 2024
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	QUINTERO SARABIA OMAR EMILIO
NO. DE IDENTIDAD	7604618
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	CUATRO MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/L. ($4200000)
FORMA DE PAGO	El HUJMB cancelará al CONTRATISTA 2 cuota(s), por valor de DOS MILLONES CIEN MIL PESOS M/L. ($2100000), 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 30 de septiembre de 2024
CDP	779
REGISTRO PRESUPUESTAL	5177 DE 15 de agosto de 2024
SUPERVISOR DEL CONTRATO	GRUPO DE TRABAJO DE CONTABILIDAD

Entre los suscritos a saber **MARIO JAVIER MANCERA SIERRA,** en su calidad de Profesional Universitario – Contabilidad y quien actúa como Supervisor del contrato No. CD20244589 y por la otra, OMAR EMILIO QUINTERO SARABIA, 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 **15 de agosto de 2024**.

SUPERVISOR,

MARIO JAVIER MANCERA SIERRA
85203465

CONTRATISTA,

OMAR EMILIO QUINTERO SARABIA
7604618

COPIA CONTROLADA

HJMB E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	CODIGO: GJC23F VERSION: 003 FECHA DE ULTIMA REVISION: 22/08/2024 PAGINA 1 de 1

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y			
OMAR EMILIO QUINTERO SARABIA			
CON C.C Nº 7604618			
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION 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.	CD20244589	DE FECHA INICIO	15/8/2024

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	ARMADO DE CUENTAS CONSULTA EXTERNA PROCEDIMIENTOS COOSALUD MES DE AGOSTO
2	EMPALME 1150 FACTURAS DE CONSULTA EXTERNA 2023
3	DESCARGUE 1150 SOPORTES DE PROCEDIMIENTOS DE CONSULTA EXTERNA DE 2023
4	VERIFICACION DE DERECHO DE 1150 DEL MES DE AGOSTO
5	ARMADO DE PISO TRES DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
6	VERIFICACION DE CUENSTA DE COBRO 1.150
7	ESCANER DE 350 SOPORTES DE FACTURA COOSALUD

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:		OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR		
PENSIÓN:	COLPENSIONES		
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA		

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 correspondiente	
FIRMA DEL CONTRATISTA:	Omar Quintero
Nº. IDENTIFICACIÓN:	CC 7604618

Nombre completo	Omar Quintero	**Fecha de ingreso**	01 Ago 24
Cedula	7.604 618	**Área de ingreso**	Facturación
Presenta alguna discapacidad o una condición discapacitante: SI ( ) o NO ( ) **Si respondió en la casilla SI. Mencione cual es:**			
Nombre del líder del proceso o supervisor	Ana Sancera		

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FIRMA RESPONSABLE	HORA
1. Inicia Proceso de Contratación Firma de actos administrativos (Personal de Planta)	Oficina de Contratación (Personal de OPS) o Talento Humano (personal nombrado)		
2. Inducción de Talento Humano	Dra. Ana Carolina y/o Persona designada		8:45 a.m.
3. Inducción del área de Seguridad y Salud en el Trabajo	Grupo de Trabajo SST		9:00 a.m.
4. Inducción de SARLAFT	Deisy Zagarra		10:00 a.m.
5. Inducción del área de Sistemas y asignación del perfil de usuario / Intranet.	Ingeniera Cindy Mattos y/o Persona designada		2:30 p.m.
6. Inducción al Puesto de Trabajo	Líder de Proceso o Supervisor		3:30 p.m.
7. Archivo de Contratación	Persona designada		

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **OMAR EMILIO QUINTERO SARABIA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **7604618,** se encuentra afiliado/a desde **01/08/2018** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 27 de agosto de 2024.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) OMAR EMILIO QUINTERO SARABIA identificado(a) con CC 7604618 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de BENEFICIARIO DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO.

Fecha de Activación de Servicios:	**10/08/2021**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO SUB**
IPS:	**CENTRO DE ATENCION EN SALUD CAFAM SANTA MARTA**
Categoría:	**SISBEN-1**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 24 días del mes de Julio del año 2024.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

EILEEN KARINA ACUNA CASTIBLANCO
AUXILIAR ADMINISTRATIVO
EPS FAMISANAR S.A.S.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 15/08/2024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	891780185	**Cédula Usuario:**	CC 45523791
Nombre:	HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE				
Dirección:	CL 23 14 42				
Departamento:	MAGDALENA		**Municipio:**	SANTA MARTA	
Correo electrónico:	sgsst@hujmb.gov.co				
Teléfono:	4365007		**Tarifa:**	2.436	
Actividad Económica:	3861001 ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICAS, CON INTERNACION, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLINICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGIA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCION DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISION DIRECTA DE MEDICOS Y ABARCA: LA ATENCION ODONTOLOGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCION DE INTERNACION; EL SERVICIO DE PERSONAL MEDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMEDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACION TERAPEUTICA: REHABILITACION (POR TERAPISTAS), OPTOMETRIA, PSICOLOGIA, NUTRICION, F				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 45523791	NORA ELVIRA ANILLO ROMERO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	157	16/08/2024	CC 7604618	QUINTERO SARAVIA OMAR	3	2.436	**Independiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

809A863C152B67EF45DACB85390E5C46 Certificado impreso el día 8/15/2024 9:25:31 AM por el portal de empresas Edesk