JUAN DAVID VILLA POLO
1082855118
CALLE 11C NRO 22 - 46
3238070631
JUANDAVIDVILLAPOLO46@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2024-08-28**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	JUAN DAVID VILLA POLO		
DOCUMENTO:	1082855118		
DIRECCIÓN:	CALLE 11C NRO 22 - 46	TELÉFONO:	3238070631
CORREO ELECTRONICO:	JUANDAVIDVILLAPOLO46@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:	CD20244314
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL GRUPO DE TRABAJO DEL CALL CENTER DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

RP:	4803	CDP:	779	FECHA INICIO:	2024-08-02	FECHA FINAL:	2024-09-30

VALOR CONTRATO:	3.800.000,00	VALOR A PAGAR:	1.900.000,00

BANCO A CONSIGNAR:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	116500154624

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

PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Agosto**

FIRMA



JUAN DAVID VILLA POLO
C.C. 1082855118 expedida en SANTA MARTA

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

JUAN DAVID VILLA POLO

CON C.C Nº 1,082,855,118

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 DEL CALL CENTER DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20244314**	**DE FECHA INICIO**	2/8/2024

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 especificas del objeto del contrato)
1	DURANTE EL MES DE JUNIO ASIGNE 537 CITAS, VENTANILLA DE CODIGO ATENDI 92 PACIENTES.
2	SE ORIENTO DEBIDAMENTE A LOS USUARIOS EL PROCESO DE ACTIVACION DE CITA AL MOMENTO DE LLEGAR A LA MISMA. Y SE HIZO LA DEBIDA REPROGRAMACION DE PACIENTES CON PERDIDA DE CITAS O ALGUNAS OTRA EVENTUALIDAD
3	SE BRINDO INFORMACION NECESARIA SOLICITADA POR LOS USUARIOS QUE SE COMUNICAN POR LOS DIFERENTES CANALES HABILITADOS POR EL SERVICIO DE CALL CENTER
4	DURANTE EL MES DE AGOSTO REALICE MI9S ACTIVIDADES DE LAS SIGUIENTE MANERA: APERTURA DE AGENDAS, CORREO, PERMISOS, INGRESE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA Y REPROGRAMACION
5	REALICE LA ADECUADA UTILIZACION DE SOFWARE TROPA (CITISALUD)
6	GUARDE ABSOLUTA RESERVA DE LA INFORMACION SUMINISTRADA POR EL HUJMB
7	SE CUMPLIO CON EL HORARIO ASIGNADO POR EL AREA, PARA TODAS LAS NECESIDADES PRESENTADAS DURANTE TODO EL MES DE AGOSTO

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**9470179490**	**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SALUD TOTAL**	28/8/2024	162.500
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**	28/8/2024	208.000
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	28/8/2024	31.700

IV.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.

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:	
Nº. IDENTIFICACIÓN:	1,082,855,118

HJMB JULIO MENDEZ BARRENECHE	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 JUAN DAVID VILLA POLO identificado con C.C. 1082855118

Fecha de Diligenciamiento:	2024-08-28

I. DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL GRUPO DE TRABAJO DEL CALL CENTER DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

N° CONTRATO:	CD20244314	RP:	4803	CDP:	779

VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	3.800.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	1.900.000,00

FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2024-08-02	FECHA DE FINALIZACION:	2024-09-30

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	CINDY SALLANNY MATTOS FIGUERA
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE SISTEMAS DE INFORMACION Y TIC

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

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

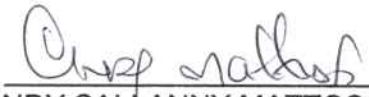
III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

IV. CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS

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

Teniendo en cuenta lo anterior, en mi calidad de supervisor doy visto bueno para el respectivo pago correspondiente al periodo del mes de Agosto

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES



CINDY SALLANNY MATTOS FIGUERA
55220303
UNIDAD FUNCIONAL DE SISTEMAS DE INFORMACION Y TIC

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 1082855118		VILLA POLO JUAN DAVID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 11C #22-46 OLIVOS	SANTA MARTA-MAGDALENA	3238070631	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-07	2024-07	871459340	9470179490	I	2024/08/06	2024/08/28	NEQUI		$409,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC	1082855118	VILLA POLO JUAN DAVID	25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,300,000	$31,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$211,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$208,000	$0	$211,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$0	$32,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$31,700	$0	$32,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$165,200
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$162,500	$0	$165,200
TOTAL				1	$402,200	$0	$409,000

2024/08/27 07:22 PM