E.S.E. Hospital Universitario JULIO MÉNDEZ BARRENECHE	ACTA INICIO	CÓDIGO: GJC25F VERSIÓN: 01 FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024 Página 1 de 1

ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20244968 DEL 2024

NO. DEL CONTRATO	CD20244968
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	KEVIN ANDRES REVOLLO ROBLES
NO. DE IDENTIDAD	1129576220
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE ORIENTACIÓN, AUTORIZACION DE CÓDIGOS DE EPS, ASIGNACIÓN DE CITAS, PROCEDIMIENTOS O ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS A LOS USUARIOS EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE..
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$4.200.000.oo
FORMA DE PAGO	El HUJMB cancelará al CONTRATISTA 2 pagos por valor de DOS MILLONES CIEN MIL PESOS M/L. ($2.100.000)C/U, de conformidad con el informe de ejecución de las actividades contractuales realizadas, previa certificación de cumplimiento de expedida por parte del Supervisor del contrato.
PLAZO DE EJECUCIÓN	PREVIA LEGALIZACION DEL CONTRATO SIN EXCEDER EL 30 DE NOVIEMBRE DE 2024.
CDP	No. 1465
REGISTRO PRESUPUESTAL	No. 6036.
SUPERVISOR DEL CONTRATO	PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL CONSULTA EXTERNA, APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO

Entre los suscritos a saber **EVELYN ROSA GONZALEZ ORTEGA,** en su calidad de **PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL CONSULTA EXTERNA, APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO** y quien actúa como Supervisor del contrato No. **CD20244968** y por la otra, **KEVIN ANDRES REVOLLO ROBLES,** identificada con la cedula de ciudadanía 1.129.576.220 de Barranquilla - Atlántico, 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 el **día 1°** de **OCTUBRE** del año **2024.**

SUPERVISORA:

EVELYN ROSA GONZALEZ ORTEGA
C.C. No. 36.722.648

CONTRATISTA:

Kevin A. Revollo R.
KEVIN ANDRES REVOLLO ROBLES
C.C. No. 1.129.576.220

Powered by CamScanner

HJMB JULIO MÉNDEZ 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

KEVIN ANDRES REVOLLO ROBLES

CON C.C Nº 1129576220

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE ORIENTACIÓN, AUTORIZACION DE CÓDIGOS DE EPS, ASIGNACIÓN DE CITAS, PROCEDIMIENTOS O ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS A LOS USUARIOS EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20244968**	**DE FECHA INICIO**	**1/10/2024**

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	Se realizó asignación de citas prequirurgicas para pacientes de procedimientos quirurgicos.
2	Se brindó atención y orientación a las personas con inquietudes relacionadas con tramites y procesos de consulta externa.
3	Se realizó entrega de documento MIPRES a usuarios que solicitaron los mismos.
4	Se realizó asiganción de citas para consultas y procedimientos.
5	Se realizó asiganción de codigos de autorización de coosalud para procedimientos quirurgicos y cirugias programadas
6	Se apoyó al armado y verificación de carpetas con sus respectivas autorizaciones para programación de cirugia.
7	Se realizó verifiaciones de estados de autorizaciones de coosalud para programación de cirugia

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**9476113065**	**OPERADOR:**	**Aportes en línea**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SANITAS**	**25/10/2024**	**162.500**
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**	**25/10/2024**	**208.000**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**25/10/2024**	**31.700**

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.

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:	Kevin A. Revollo R.
Nº. IDENTIFICACIÓN:	**1.129.576.220**

Powered by CamScanner

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO 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 KEVIN ANDRES REVOLLO ROBLES identificado con C.C. 1129576220

Fecha de Diligenciamiento:	2024-10-28

I. DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE ORIENTACIÓN, AUTORIZACION DE CÓDIGOS DE EPS, ASIGNACIÓN DE CITAS, PROCEDIMIENTOS O ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS A LOS USUARIOS EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.

N° CONTRATO:	CD20244968	RP:	6036.0	CDP:	1465
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	4.200.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	2.100.000,00		
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2024-09-30	FECHA DE FINALIZACION:	2024-11-30		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	EVELYN ROSA GONZALEZ ORTEGA				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE CONSULTA EXTERNA APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR CONTRATO CON ADICION:	0,00

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SATISFACTORIAMENTE

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 Octubre

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

EVELYN ROSA GONZALEZ ORTEGA
36722648
UNIDAD FUNCIONAL DE CONSULTA EXTERNA APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO

Powered by CamScanner

KEVIN ANDRES REVOLLO ROBLES
1129576220
KRA 17B # 8-90
3025924415
KEVINREVOLLO856@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2024-10-28**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	KEVIN ANDRES REVOLLO ROBLES		
DOCUMENTO:	1129576220		
DIRECCIÓN:	KRA 17B # 8-90	TELÉFONO:	3025924415
CORREO ELECTRONICO:	KEVINREVOLLO856@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:	CD20244968						
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE ORIENTACIÓN, AUTORIZACION DE CÓDIGOS DE EPS, ASIGNACIÓN DE CITAS, PROCEDIMIENTOS O ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS A LOS USUARIOS EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.						
RP:	6036.	CDP:	1465	FECHA INICIO:	2024-09-30	FECHA FINAL:	2024-11-30
VALOR CONTRATO:	4.200.000,00			VALOR A PAGAR:	2.100.000,00		
BANCO A CONSIGNAR:	Davivienda			TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	488441361786
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Octubre**						

FIRMA

Kevin A. Revollo R

KEVIN ANDRES REVOLLO ROBLES
C.C. 1129576220 expedida en BARRANQUILLA

Powered by CamScanner

n línea

LES DEL APORTANTE

	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
		REVOLLO ROBLES KEVIN ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 17b N 8 90	SANTA MARTA-MAGDALENA	4209020	No

LES DE LA LIQUIDACION

	Clave		Tipo	Fecha		Pago		
alud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
-09	18292964	9476113065	I	2024/10/04	2024/10/25	BANCO DE OCCIDENTE	21	$408,400

E PAGO

	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ADORAS: 1)				1	$208,000	$3,200	$0	$211,200
ES	25-14	900,336,004	7	1	$208,000	$3,200	$0	$211,200
ADORAS: 1)				1	$31,700	$500	$0	$32,200
MPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$31,700	$500	$0	$32,200
ADORAS: 1)				1	$162,500	$2,500	$0	$165,000
	EPS005	800,251,440	6	1	$162,500	$2,500	$0	$165,000
				1	$402,200	$6,200	$0	$408,400

Powered by CamScanner