**LUIS ALFREDO FUENTES GUTIERREZ**
1119817049
CALLE 14 #26-32
3187189910
YARELIZDEFUENTES@GMAIL.COM

# CUENTA DE COBRO

## DATOS PERSONALES

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Diligenciamiento:** | **2024-11-26** | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS: | LUIS ALFREDO FUENTES GUTIERREZ | | |
| DOCUMENTO: | 1119817049 | | |
| DIRECCIÓN: | CALLE 14 #26-32 | TELÉFONO: | 3187189910 |
| CORREO ELECTRONICO: | YARELIZDEFUENTES@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: | CD20245088 |
| 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: | 6238. | CDP: | 1465 | FECHA INICIO: | 2024-10-16 | FECHA FINAL: | 2024-11-30 |
| VALOR CONTRATO: | 4.200.000,00 | | | VALOR A PAGAR: | 2.700.000,00 | | |
| BANCO A CONSIGNAR: | DAVIVIENDA | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | No. CUENTA: | 488433946891 |
| CDP - ADICION: | 1654 | RP - ADICION: | 7086 | VALOR ADICION: | 600.000,00 | | |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **Noviembre** | | | | | | |

## FIRMA

LUIS ALFREDO FUENTES GUTIERREZ
C.C. 1119817049 expedida en LA JAGUA DEL PILAR

| E.S.E. Hospital Universitario JULIO MÉNDEZ BARRENECHE | ACTA FINAL | CÓDIGO: GJC26F<br>VERSIÓN: 01<br>FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024<br>Página 1 de 1 |
|---|---|---|

**ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20245088 DEL 2024**

| | |
|---|---|
| **NO. DEL CONTRATO** | CD20245088 DE 2024 |
| **NOMBRE DEL CONTRATANTE** | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | LUIS ALFREDO FUENTES GUTIERREZ |
| **NO. DE IDENTIDAD** | 1.119.817.049 |
| **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 OCHOCIENTOS MIL PESOS M/L $4.800.000 |
| **FORMA DE PAGO** | El HUJMB cancelara al contratista 2 cuotas por el valor de DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($2.400.000) de conformidad con el informe de la ejecución de las actividades contractuales realizadas, previa certificación de cumplimiento expedida por parte del supervisor. |
| **PLAZO DE EJECUCIÓN** | PREVIA LEGISLACION SIN EXCEDER 31 DE DICIEMBRE DE 2024 |
| **CDP** | 1465 |
| **REGISTRO PRESUPUESTAL** | 6238 |
| **CDP ADICIONAL** | 1654 |
| **RP ADICIONAL** | 7086 |
| **FECHA DE ACTA DE INICIO** | 16 DE OCTUBRE DEL 2024 |
| **FECHA DE TERMINACION CONTRATO** | 30 de NOVIEMBRE DEL 2024 |
| **SUPERVISOR DEL CONTRATO** | GRUPO DE TRABAJO DE CONTABILIDAD |

Entre los suscritos **MARIO JAVIER MANCERA SIERRA**, mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **85203465**, obrando en calidad de **GRUPO DE TRABAJO DE CONTABILIDAD,** quien actúa como supervisor del contrato **CD20245088** por otra parte **LUIS ALFREDO FUENTES GUTIERREZ**, identificado con la cedula de ciudadanía No. **1.119.817.049** 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 **30** días, del mes de **NOVIEMBRE** del año **2024.**

**SUPERVISOR,**

**MARIO JAVIER MANCERA SIERRA**
**85203465**

**CONTRATISTA,**

**LUIS ALFREDO FUENTES GUTIERREZ**
**1.119.817.049**

| | | |
|---|---|---|
| HJMB JULIO MENDEZ BARRENECHE | FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO | CODIGO: GJC23F<br>VERSION: 003<br>FECHA DE ULTIMA REVISION: 22/08/2024<br>PAGINA 1 de 1 |

**CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y**

**LUIS ALFREDO FUENTES GUTIERREZ**

**CON C.C N° 1119817049**

**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.** | **CD20245088** | **DE FECHA INICIO** | **16/10/2024** | |

| 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 específicas del objeto del contrato) |
|---|---|
| 1 | *Obre con diligencias y cuidado necesario en los asuntos que me asigno el supervisor o jefe inmediato* |
| 2 | *Facturacion de las historia clinicas en el servicio de urgencias* |
| 3 | *Realice cierre de facturas y verificación de tarifas pactadas entre la entidad responsable de pago y la E.S.E* |
| 4 | *Organización y facturacion de historias clinicas en el area de urgencia y hospitalizacion* |
| 5 | *Cargue los estudios tipo imágenes y demas elementos de apoyo diagnostico de pacientes hospitalizados* |
| 6 | *Cargue, digitacion y liquidacion de informacion de historias clinicas de los servicios prestados en la E.S.E para radicacion de cuentas 609 facturas por valor de $ 30.6311.498* |

**III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | **9476320718** | **OPERADOR:** | **ASOPAGOS** |
| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
| **SALUD:** | **NUEVA EPS** | **22/11/2024** | **162.500** |
| **PENSIÓN:** | **PORVENIR** | **22/11/2024** | **208.000** |
| **RIESGOS LABORALES:** | **POSITIVA** | **22/11/2024** | **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:** | LUIS ALFREDO FUENTES GUTIERREZ |
| **N°. IDENTIFICACIÓN:** | **1119817049** |

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificacion | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Telefono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1119817069 | | FUENTES GUTIERREZ LUIS ALFREDO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CALLE 14 CARRERA 26 - 32 | SANTA MARTA-MAGDALENA | 3016763494 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-10 | 2024-10 | 106773293 | 94763207 8 | I | 2024-11-14 | 2024/11/22 | BANCO DAVIVIENDA | 8 | $404,600 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $208,000 | $1,200 | $0 | $209,200 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $208,000 | $1,200 | $0 | $209,200 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $31,700 | $200 | $0 | $31,900 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $31,700 | $200 | $0 | $31,900 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $162,500 | $1,000 | $0 | $163,500 |
| NUEVA E.P.S. | EPS037 | 900,156,264 | 2 | 1 | $162,500 | $1,000 | $0 | $163,500 |
| TOTAL | | | | 1 | $402,200 | $2,400 | $0 | $404,600 |

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 1119817049 | | FUENTES GUTIERREZ LUIS ALFREDO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CALLE 14 CARRERA 26 - 32 | SANTA MARTA-MAGDALENA | 3016763494 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-10 | 2024-10 | 1067732973 | 9476320718 | I | 2024/11/14 | 2024/11/22 | BANCO DAVIVIENDA | 8 | $404,600 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | $31,700 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | $31,700 | | $0 | $0 |
| Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA ( 1 Afiliados) | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | $31,700 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 1119817049 FUENTES LUIS | 230301 | 30 | $1,300,000 | $208,000 | EPS037 | 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 |



2024/11/21 08:34 PM

| | | | |
|---|---|---|---|
| HJMB 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 LUIS ALFREDO FUENTES GUTIERREZ identificado con C.C. 1119817049**

| | |
|---|---|
| Fecha de Diligenciamiento: | 2024-11-26 |

## 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 DE FACTURACION DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| N° CONTRATO: | CD20245088 | RP: | 6238.0 | CDP: | 1465 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO: | 4.200.000,00 | VALOR DE HONORARIOS PERIODO: | 2.700.000,00 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| FECHA DEL ACTA DE INICIO: | 2024-10-16 | FECHA DE FINALIZACION: | 2024-11-30 |

| | |
|---|---|
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | MARIO JAVIER MANCERA SIERRA |
| UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | GRUPO DE TRABAJO DE CONTABILIDAD |

## II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CDP - ADICION: | 1654 | RP - ADICION: | 7086 | VALOR CONTRATO CON ADICION: | 600.000,00 |

## 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 Noviembre

## V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES



MARIO JAVIER MANCERA SIERRA
85203465
GRUPO DE TRABAJO DE CONTABILIDAD