LUIS ANGEL CASTRO FERNANDEZ
1083032285
CARRERA 16A #6-53
4356495
LUISCASTROFER98@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2024-11-26**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	LUIS ANGEL CASTRO FERNANDEZ		
DOCUMENTO:	1083032285		
DIRECCIÓN:	CARRERA 16A #6-53	TELÉFONO:	4356495
CORREO ELECTRONICO:	LUISCASTROFER98@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:	CD20245077
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:	6327	CDP:	1465	FECHA INICIO:	2024-10-18	FECHA FINAL:	2024-11-30

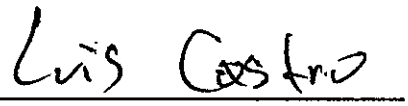
VALOR CONTRATO:	4.200.000,00	VALOR A PAGAR:	2.700.000,00

BANCO A CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	91253906371

CDP - ADICION:	1643	RP - ADICION:	7075	VALOR ADICION:	600.000,00

PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Noviembre**

FIRMA



LUIS ANGEL CASTRO FERNANDEZ
C.C. 1083032285 expedida en SANTA MARTA

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

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20245077

DEL 2024

NO. DEL CONTRATO	**CD20245077**
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	LUIS ANGEL CASTRO FERNANDEZ
NO. DE IDENTIDAD	1.083.032.285
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	4.800.000
FORMA DE PAGO	MENSUAL
PLAZO DE EJECUCIÓN	PREVIA LEGALIZACION DEL CONTRATO SIN EXCEDER 30 DE NOVIEMBRE 2024
CDP	1465-1643
REGISTRO PRESUPUESTAL	7075-6327
FECHA DE ACTA DE INICIO	19/10/2024
FECHA DE TERMINACION CONTRATO	30/11/2024
SUPERVISOR DEL CONTRATO	MARIO JAVIER MANCERA SIERRA

Entre los suscritos, **MARIO JAVIER MANCERA SIERRA,** mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **85.203.456** expedida en Santa Ana-Magdalena, obrando en calidad de **PROFFESIONAL UNIVERSITARIO – CONTADOR** quien actúa como supervisor del contrato **CD20245077** por otra parte **LUIS ANGEL CASTRO FERNANDEZ** identificado con la cedula de ciudadanía No.**1.083.032.285** 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
85.203.456

CONTRATISTA,

Luis Castro

LUIS ANGEL CASTRO FERNANDEZ
1.083.032.285

HUJMB 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			
LUIS ANGEL CASTRO FERNANDEZ			
CON C.C Nº 1.083.032.285			
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.	CD20245077	DE FECHA INICIO	19/10/2024

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	Realice eficientemente mis actividades durante el mes de noviembre, realizando oportunamente lo asignado.
2	Facture coosalud:$86,253,122, Mutual Ser $702,100, Cajacopi $1,002,400, Compensar $145,600, Sanitas $750,400, Fideicomiso patrimonio $15,089,160, Nueva EPS $1,613,060, Fidelcomiso Fondo PPL $75,000, Union temporal norsalud $1,291,330, Famisanar $336,000, Alcaldia de Santa marta $66,900 EPS Familiar $75,000. Particular $12,800 un total facturado de $107,499,472
3	Descargue de historias clinicas, ayudas diagnosticas (imagenologia), laboratorios, camara hiperbarica, terapia fisica, clinica de heridas, espirometrias
4	Soporte de las diferentes facturas para su debida legalizacion de coosalud
5	Utilice de manera correcta las areas, materiales y infraestructuras de la institucion
6	Armado y soporte de para radicar
7	Utilice de manera correcta las herramientas sistematicas proporcionadas por la ESE HUJMB

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	9476940673	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COOSALUD	8/11/2024	162.500
PENSIÓN:	PROTECCION	8/11/2024	208.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	8/11/2024	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 periodo correspondiente

FIRMA DEL CONTRATISTA:	Luis Castro
Nº. IDENTIFICACIÓN:	1083032285

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1083032285		CASTRO FERNANDEZ LUIS ANGEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 16 a # 6-53	SANTA MARTA-MAGDALENA	4358495	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1038451672	9476940673	I	2024/11/22	2024/11/08	NEQUI	0	$402,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$31,700		$0	$0		$402,200
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		$402,200
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		$402,200
1	CC	1083032285	CASTRO LUIS																	23020	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,300,000	2.436%	$31,700	0	$0	$0	No	$402,200
Total Afiliados(1)																					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$31,700		$0	$0		$402,200

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1083032285		CASTRO FERNANDEZ LUIS ANGEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 16 a # 6-53	SANTA MARTA-MAGDALENA	4358495	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1038451672	9476940673	I	2024/11/22	2024/11/08	NEQUI	0	$402,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$0	$0	$31,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$31,700	$0	$0	$31,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				**1**	**$402,200**	**$0**	**$0**	**$402,200**

2024/11/08 04:29 PM

	FORMATO INFORME DE SUPERVISOR	Código: GJC22F	Versión: 1
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/01/2024	

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y LUIS ANGEL CASTRO FERNANDEZ identificado con C.C. 1083032285

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:	CD20245077	RP:	6327.0	CDP:	1465
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	4.200.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:			2.700.000,00
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2024-10-18	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:	1643	RP - ADICION:	7075	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