CRISTIAN JESUS NUÑEZ JUVINAO
1082970607
CALLE 26 C # 20-27 NUEVO JARDIN
3164764903
CNJUVINAO@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2025-02-27**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	CRISTIAN JESUS NUÑEZ JUVINAO		
DOCUMENTO:	1082970607		
DIRECCIÓN:	CALLE 26 C # 20-27 NUEVO JARDIN	TELÉFONO:	3164764903
CORREO ELECTRONICO:	CNJUVINAO@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:	CD20250598
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:	215	CDP:	1	FECHA INICIO:	2025-01-07	FECHA FINAL:	2025-03-31

VALOR CONTRATO:	7.200.000,00	VALOR A PAGAR:	2.400.000,00

BANCO A CONSIGNAR:	CAJASOCIAL	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	24080135179

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

PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Febrero**

FIRMA

Cristian Nuñez Juvinao

CRISTIAN JESUS NUÑEZ JUVINAO
C.C. 1082970607 expedida en SANTA MARTA MAGDALENA

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

CRISTIAN JESUS NUÑEZ JUVINAO

CON C.C Nº 1.082.970.607

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 FACTURACIÓN DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20250598**	•	**DE FECHA INICIO**	1/7/2025

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	Realice eficientemente mis actividades durante el mes de febrero realizando oportunamente lo asignado.
2	Realice el escaner de 100 historias clinicas de Coosalud del area de consulta externa vigencias de años anteriores. ✓
3	Descargue de historias clinicas, ayudas diagnosticas (imagenologia, laboratorios, camara hiperbarica, electrocardiogramas) ✓
4	Utilice de manera correcta las areas, materiales y infraestructuras de la institucion
5	Armado de soportes para radicar de 45 historias clinicas de Coosalud del area de consulta externa, ✓

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**4592644014** ✓	**OPERADOR:**	**SOI**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SANITAS**	**24/02/2025** ✓	**178,000** ✓
PENSIÓN:	**PORVENIR**	**24/02/2025** ✓	**227,800** ✓
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**24/02/2025** ✓	**34,700** ✓

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:	Cristian Nuñez Juvinao
Nº. IDENTIFICACIÓN:	**1.082.970.607**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1082970607
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CRISTIAN JESUS NUNEZ NUNEZ JUVINAO
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	MZ J CASA 7 CONCEPCION 5	TELÉFONO:	4000000
TIPO APORTANTE:	024-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			4592644014	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	enero	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	enero	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:			20				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/02/24	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9991798050

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 227,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3,100	$ 0	$ 227,800	$ 3,100	$ 230,900
SUBTOTALES:										**$ 227,800**	**$ 3,100**	**$ 230,900**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178,000	$ 0	$ 2,400	$ 0	$ 178,000	$ 2,400	$ 0	$ 180,400
SUBTOTALES:													**$ 178,000**	**$ 2,400**	**$ 0**	**$ 180,400**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 34,700	$ 34,700	$ 500	$ 0	$ 35,200
SUBTOTALES:									**$ 34,700**	**$ 500**	**$ 0**	**$ 35,200**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																									PENSIÓN								SALUD					ARP						CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1082970607	NUNEZ JUVINAO CRISTIAN JESUS	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 1,423,500			NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1,423,500	$ 227,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227,800	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1,423,500	$ 178,000	$ 0	$ 178,000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1,423,500	$ 105297060	$ 34,700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 446.500

Planilla Pagada

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 CRISTIAN JESUS NUÑEZ JUVINAO identificado con C.C. 1082970607

Fecha de Diligenciamiento:	2025-02-27

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:	CD20250598	RP:	215	CDP:	1

VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	7.200.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	2.400.000,00

FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2025-01-07	FECHA DE FINALIZACION:	2025-03-31

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

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	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 Febrero

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

MARIO JAVIER MANCERA SIERRA
85203465
GRUPO DE TRABAJO DE CONTABILIDAD