E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE	**ACTA DE INICIO**	CÓDIGO: GJC25F VERSIÓN: 002 FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 09/1/2025 PÁGINA 1 de 1

ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20252630 DEL 2025

NO. DEL CONTRATO	CD20252630
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	CARLOS FABIO BENAVIDES ACUÑA
NO. DE IDENTIDAD	85.471.683
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	$2.400.000.oo
FORMA DE PAGO	El HUJMB cancelará al CONTRATISTA 1 pago equivalente a **DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/L ($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 del contrato.
PLAZO DE EJECUCIÓN	PREVIA LEGALIZACION, HASTA EL 31 DE JULIO DE 2025.
CDP	No. 970
REGISTRO PRESUPUESTAL	No. 3463
SUPERVISOR DEL CONTRATO	PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE CONSULTA EXTERNA, APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO

Entre los suscritos **EVELYN ROSA GONZALEZ ORTEGA**, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía número 36.722.648 expedida en Santa Marta, obrando en calidad de **PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL DE CONSULTA EXTERNA, APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO** quien actúa como supervisora del contrato CD20252630 por otra parte **CARLOS FABIO BENAVIDES ACUÑA**, 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° del mes de julio del año 2025.

SUPERVISORA:

EVELYN ROSA GONZALEZ ORTEGA
C.C. No. 36.722.648

CONTRATISTA:

Carlos Benavides A.
CARLOS FABIO BENAVIDES ACUÑA
C.C. No. 85.471.683

COPIA

Powered by CamScanner

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO 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

CARLOS FABIO BENAVIDES ACUÑA

CON C.C Nº 85,471,683

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 ESPECIALIZADA DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.**		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20252630**	**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	AUTORIZACION DE CODIGOS DE EPS COOSALUD PARA PROGRAMACION DE CIRUGIAS Y CONSULTAS
2	ASIGNACION DE CITAS ANESTESIOLOGIA Y MEDICINA INTERNA PREQUIRURGICAS
3	APOYO EN ARMADO DE CARPETA PARA USUARIOS DE PROGRAMACION DE CIRUGIAS
4	AUTORIZACION DE ENVIO DE HISTORIA CLINICA ORDENES MEDICAS Y FORMULAS MEDICAS VIA WASAP PARA PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA
5	ENVIO DE CODIGOS DE AUTORIZACION DE EPS COOSALUD VIA WASAP
6	ASIGNACION DE CITAS DE ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA Y COLONOSCOPIA PARA PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA
7	

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**9488729375**	**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**CAJACOPI**	**07/24/2025**	**178.700**
PENSIÓN:	**COLFONDOS**	**07/24/2025**	**228.700**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**07/24/2025**	**34.900**

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:	Carlos Benavides A.
N°. IDENTIFICACIÓN:	**85,471,683**

HJMB	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 CARLOS FABIO BENAVIDES ACUÑA identificado con C.C. 85471683

Fecha de Diligenciamiento:	2025-07-30

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:	CD20252630	RP:	3463	CDP:	970
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	2.400.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	2.400.000,00		
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2025-07-01	FECHA DE FINALIZACION:	2025-07-31		
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 Julio

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES



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

CARLOS FABIO BENAVIDES ACUÑA
85471683
TRASVERSAL 17 DIAGONAL 30A
3218146132
MELLIN31@HOTMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2025-07-30**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	CARLOS FABIO BENAVIDES ACUÑA		
DOCUMENTO:	85471683		
DIRECCIÓN:	TRASVERSAL 17 DIAGONAL 30A	TELÉFONO:	3218146132
CORREO ELECTRONICO:	MELLIN31@HOTMAIL.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:	CD20252630
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:	3463	CDP:	970	FECHA INICIO:	2025-07-01	FECHA FINAL:	2025-07-31

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

BANCO A CONSIGNAR:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	117100079294

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

PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Julio**

FIRMA

Carlos Benavides. A.

CARLOS FABIO BENAVIDES ACUÑA
C.C. 85471683 expedida en SANTA MARTA

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 85471683		BENAVIDES ACUÑA CARLOS FABIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Tvs 17 DG 30 17 A 48	SANTA MARTA-MAGDALENA	4363718	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-06	2025-06	1649629718	9488729375	I	2025/07/18	2025/07/24	NEQUI	6	$442,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
1	CC	85471683	BENAVIDES CARLOS	231001	30	$1,423,500	$227,800	CCFC55	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,423,500	$34,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0

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 85471683		BENAVIDES ACUÑA CARLOS FABIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Tvs 17 DG 30 17 A 48	SANTA MARTA-MAGDALENA	4363718	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-06	2025-06	1649629718	9488729375	I	2025/07/18	2025/07/24	NEQUI	6	$442,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$900	$0	$228,700
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$227,800	$900	$0	$228,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$200	$0	$34,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$34,700	$200	$0	$34,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$700	$0	$178,700
CAJACOPI	CCFC55	901,543,211	6	1	$178,000	$700	$0	$178,700
TOTAL				**1**	**$440,500**	**$1,800**	**$0**	**$442,300**

HUJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE	**ACTA FINAL**	CODIGO: GJC26F VERSION: 002 FECHA ULTIMA DE REVISION: 12/12/2024 PAGINA 1 de 1

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20252630 DEL 2025

NO. DEL CONTRATO	**CD20252630 DEL 2025**
NOMBRE DEL CONTRATANTE	**ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**CARLOS FABIO BENAVIDES ACUÑA**
NO. DE IDENTIDAD	**85471683**
OBJETO DEL CONTRATO	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE ORIENTACIÓN, AUTORIZACIÓN 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	**DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/L ($2.400.000)**
FORMA DE PAGO	**El HUJMB cancelará al CONTRATISTA en UN (1) pago equivalente a DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/L ($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 del contrato.**
PLAZO DE EJECUCIÓN	**PREVIA LEGALIZACIÓN DEL CONTRATO SIN EXCEDER EL 31 DE JULIO DE 2025.**
CDP	**No. 970**
REGISTRO PRESUPUESTAL	**No. 3463**
FECHA DE ACTA DE INICIO	**1/7/2025**
FECHA DE TERMINACION CONTRATO	**31/07/2025**
ADICION	
CDP DE LA ADICION	**N/A**
REGISTRO PRESUPUESTAL DE LA ADICION	**N/A**
PLAZO ADICION	**N/A**
FORMA DE PAGO ADICION	**N/A**
FECHA DE TERMINACION DE CONTRATO CON ADICION.	**N/A**
VALOR ADICION	**N/A**
VALOR FINAL DEL CONTRATO	**N/A**
SUPERVISOR DEL CONTRATO	**PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE CONSULTA EXTERNA, APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO**

Entre los suscritos, **EVELYN ROSA GONZÁLEZ ORTEGA,** mayor de edad, identificado (a) con la cédula de ciudadanía número **36722648** expedida en el **Santa Marta (MAGDALENA),** obrando en calidad de PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE CONSULTA EXTERNA, APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO quien actúa como supervisor del contrato **CD20252630** por otra parte **CARLOS FABIO BENAVIDES ACUÑA,** Identificado con la cedula de ciudadanía No. **85471683** 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, en el mes de Julio del año 2025.

SUPERVISOR,

EVELYN ROSA GONZÁLEZ ORTEGA
CC 36722648

CONTRATISTA,

Carlos Benavides A.

CARLOS FABIO BENAVIDES ACUÑA
CC 85471683