

CUENTA DE COBRO

Nº004

ESE HOSPITAL DE MANATI DEBE A:

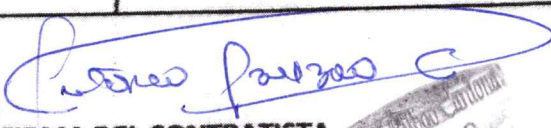
ANTONIO JOSE BILBAO CARDONA con cedula de ciudadanía N° 8.671.951 expedida en BARRANQUILLA ATLANTICO, la suma de CINCO MILLONES SEISCIENTOS DIEZ MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS (\$5.610.666), correspondiente al periodo del 1 AL 30 de OCTUBRE 2025 por concepto de labores realizadas por prestación de servicio como MEDICO DE URGENCIAS de la E.S.E HOSPITAL DE MANATI.

Atentamente

A handwritten signature in dark ink is written over a circular official stamp. The stamp contains the text "E.S.E. HOSPITAL DE MANATI" and "BARRANQUILLA ATLANTICO" around the perimeter, with "OCTUBRE 2025" in the center.

ANTONIO JOSE BILBAO CARDONA

C.C 8.671.951 expedida en BARRANQUILLA ATLANTICO

FORMATO DE ACTIVIDADES ESE HOSPITAL DE MANATI-ATLANTICO					
NOMBRE Y APELLIDO		ANTONIO JOSE BILBAO CARDONA			
DOCUMENTO IDENTIFICACION		B.671.951 BARRANQUILLA			
AREA		URGENCIA.			
SUPERVISOR		DR. JULIAN FRANCO T.			
NUMERO DE CONTRATO			FECHA		
OTRO SI Nº 001 ALF 052025-176			D	M	A
			31	10	2025
			DESDE	01-10/2025	
			HASTA	31/10/2025	
DETALLE DEL INFORME- RELACION DE ACTIVIDADES					
1	Medico de urgencia.				
2	Atencion de consulta urgencia triage.				
3	Atencion y evolucion pacientes de urgencia.				
	y de observacion.				
4	Atencion del parto y del neonato.				
	Atencion de heridos y accidentados.				
	Traslado de pacientes criticos.				
 FIRMA DEL CONTRATISTA.			Dr. Julian Franco T. MÉDICO GENERAL T.P. 27-3992/88 UNIMETPA 31 OCT 2025 FIRMA DEL SUPERVISOR DE LAS ACTIVIDADES.		



E.S.E. HOSPITAL DE MANATÍ ATLÁNTICO

Carrera 17 Vía Manatí/Carreto (Atl) Tel: 3015967209

Email: gerencia@esehospital-manati-atlantico.gov.co

NIT. 802.010.401-2

INFORME DE SUPERVISIÓN DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OTRO SI No.	001
No. ORDEN DE SERVICIO:	OS2025-C0176
NOMBRE DE CONTRATISTA:	ANTONIO JOSE BILBAO CARDONA
CC - NIT	8671951
FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO:	01/07/2025
PLAZO DE EJECUCION:	SEIS (5) MESES
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	16.830.999
VALOR OTRO SI	11.220.667
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	28.051.666
FECHA DE INICIO DEL CONTRATO	01 DE JULIO 2025
FECHA DE TERMINACION DEL CONTRATO	30 DE SEPTIEMBRE 2025
FECHA DE INICIO DEL OTRO SI:	03 OCTUBRE 2025
FECHA TERMINACION DEL OTRO SI	31 DE DICIEMBRE 2025
SUPERVISOR:	JULIAN FRANCO TORRENEGRA

1. CONTROL DE POLIZAS

El contratista de acuerdo a lo estipulado en el contrato:

EXIGIBILIDAD DE GARANTIAS	APLICA	NO APLICA
En cumplimiento de lo establecido en el contrato no es exigible garantías	X	
En cumplimiento de Cláusula del Contrato, el contratista constituyo póliza a favor de la ESE Hospital de Manatí para garantizar el cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones contractuales	X	

2. IMPUESTOS DEPARTAMENTALES - MUNICIPALES

Al momento de la legalización del contrato el contratista cumplió con el pago de impuesto Departamentales como se evidencia en el Comprobante de Liquidación y Volates de Pago de Tesorería Departamental, referencia de pago No. 0000 y de los impuestos municipales, el cual detalla el pago de los siguientes impuestos:

DEPARTAMENTALES

INTERESES DE MORA	0
ESTAMPILLA CIUDADELA UNIVERSITARIA	0
ESTAMPILLA PRO DESARROLLO DEPARTAMENTAL	0
TOTAL	0

Al ser un contrato asistencial, se encuentra exento de estampillas departamentales

MUNICIPALES

4% ESTAMPILLA ADULTO MAYOR	224.600
TOTAL	224.600

3. DETALLE DE LA EJECUCION

Cumplido el perfeccionamiento y los requisitos de legalización, antes referenciados, se entró a ejecutar el

Valor de la orden de servicio	11.220.667
No. del informe:	004
Valor a cancelar del periodo	5.610.666
Valor ejecutado	5.610.666
Saldo por ejecutar	5.610.666

4. OBLIGACIONES Y CERTIFICADO DE PAGO SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

El contratista anexó Certificación del pago de aportes a la Seguridad Social y parafiscales (Salud, Pensión y Riesgos Laborales), las cuales hacen parte de las obligaciones contractuales adquiridas, en los términos del artículo 50 de la Ley 789 de 2002, al tratarse de una persona jurídica.

PLANILLA	NUMERO DE PLANILLA	MES CORRESPONDIENTE
	4625621042	SEPTIEMBRE

5. ACCIONES DE SUPERVISIÓN

El suscrito supervisor ejerció acciones tendientes a una exitosa y satisfactoria ejecución del contrato, brindando la información correspondiente, para lo cual hizo recomendaciones y sugerencias al contratista en lo concerniente a la ejecución de las actividades.

6. CUMPLIMIENTO:

El suscrito supervisor de la Orden de prestación de servicios No. **OS2025-C0176** certifica que el contratista cumplió a cabalidad y satisfactoriamente con el objeto y las obligaciones contractuales asumidas, durante la ejecución en el período comprendido entre el 01 al 31 del mes de OCTUBRE de 2025.

En constancia de lo anterior, se firma el presente informe de Supervisión a los (13) días del mes de noviembre del dos mil veinticinco (2025).

Dr. Julian Franco T.
MÉDICO GENERAL
T.P. 27.2992-98 - UNIMETP

JULIAN FRANCO TORRENEGRA
SUPERVISOR DEL CONTRATO

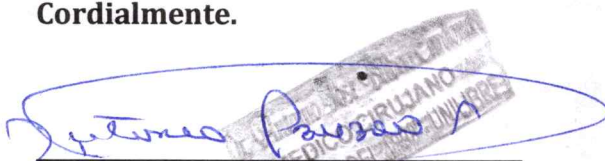
DECLARACION JURAMENTADA

ARTICULO 1.2.4.1.6 DECRETO 16 25 2016

Manatí Atlántico OCTUBRE 2025

ANTONIO JOSE BILBAO CARDONA **mayor** de edad, con cedula de ciudadanía N° 8.671.951 BARRANQUILLA ATLANTICO y con domicilio permanente en la CALLE 7 # 5D- 07BARRIO LA PLAZA dando cumplimiento a lo establecido por el artículo 1.2.4.6 del decreto 1625 de 2016, bajo la gravedad de juramento que no he contratado o vinculado 2 0 más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad por un término igual o superior a 90 días continuos o discontinuos.

Cordialmente.



ANTONIO JOSE BILBAO CARDONA

CC8.671.951 Expedida en **BARRANQUILLA. ATLANTICO**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



TIPO IDENTIFICACIÓN:
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:
CIUDAD/MUNICIPIO:
DIRECCIÓN:
TIPO APORTANTE:
FECHA PRESENTACIÓN:
FORMA DE REPRESENTACIÓN:

8671851

ANTONIO JOSE BILBAO CARDONA BILBAO CARDONA ATLANTICO 3545454

INDEPENDIENTE

Actividades reguladoras y facilitadoras de la act

NO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:

DEPARTAMENTO:

TELÉFONO:

CLASE APORTANTE:

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

UNICO

TIPO DE PLANILLA:

PERÍODO COTIZACIÓN SALUD:

MES

septiembre

AÑO

2025

NÚMERO PLANILLA:

4625621042

2025

30

FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):

2025/11/13

NÚMERO AUTORIZACIÓN:

2025/11/13

INDEPENDIENTES

2025

9994686727

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:

4625621042

2025

30

FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):

2025/11/13

NÚMERO AUTORIZACIÓN:

2025/11/13

INDEPENDIENTES

2025

9994686727

TOTAL APORTES A SALUD											
CÓDIGO	ADMINISTRADORA	NOMBRE	No. COTIZANTES	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD	LICENCIA MATERNIDAD	SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA
							PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	
EF5010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD		1	1			\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 178.000	
SUBTOTAL:										\$ 178.000	
										\$ 0	
										\$ 178.000	
										\$ 0	
										\$ 178.000	
										\$ 0	
										\$ 178.000	
										\$ 0	
										\$ 178.000	
										\$ 0	
										\$ 178.000	
										\$ 0	
										\$ 178.000	
										\$ 0	
										\$ 178.000	
										\$ 0	
										\$ 178.000	
										\$ 0	
										\$ 178.000	
										\$ 0	
										\$ 178.000	
										\$ 0	
										\$ 178.000	
										\$ 0	
										\$ 178.000	
										\$ 0	
										\$ 178.000	
										\$ 0	
										\$ 178.000	
										\$ 0	
										\$ 178.000	
										\$ 0	
										\$ 178.000	
										\$ 0	
										\$ 178.000	
										\$ 0	
										\$ 178.000	
										\$ 0	
										\$ 178.000	
										\$ 0	
										\$ 178.000	
										\$ 0	
										\$ 178.000	
										\$ 0	
										\$ 178.000	
										\$ 0	
										\$ 178.000	
										\$ 0	
										\$ 178.000	
										\$ 0	
										\$ 178.000	
										\$ 0	
										\$ 178.000	
										\$ 0	
										\$ 178.000	
										\$ 0	
										\$ 178.000	
										\$ 0	
										\$ 178.000	
										\$ 0	
										\$ 178.000	
										\$ 0	
										\$ 178.000	
										\$ 0	
										\$ 178.000	
										\$ 0	
										\$ 178.000	
										\$ 0	
										\$ 178.000	
										\$ 0	
										\$ 178.000	
										\$ 0	
										\$ 178.000	
										\$ 0	
										\$ 178.000	
										\$ 0	
										\$ 178.000	
										\$ 0	
										\$ 178.000	
										\$ 0	
										\$ 178.000	
										\$ 0	
										\$ 178.000	
										\$ 0	
										\$ 178.000	
										\$ 0	
										\$ 178.000	
										\$ 0	
										\$ 178.000	
										\$ 0	
										\$ 178.000	
										\$ 0	
										\$ 178.000	
										\$ 0	
										\$ 178.000	
										\$ 0	
										\$ 178.000	
										\$ 0	
										\$ 178.000	
										\$ 0	
										\$ 178.000	
										\$ 0	
										\$ 178.000	
										\$ 0	
										\$ 178.000	
										\$ 0	
										\$ 178.000	
										\$ 0	
										\$ 178.000	
										\$ 0	
										\$ 178.000	
										\$ 0	
										\$ 178.000	
										\$ 0	
										\$ 178.000	
										\$ 0	
										\$ 178.000	
										\$ 0	
										\$ 178.000	
										\$ 0	



ALCALDIA DE MANATÍ ATLANTICO
800.019.218-4
SECRETARIA DE HACIENDA MUNICIPAL
RECIBO OFICIAL DE RENTAS MENORES



SECRETARIA DE HACIENDA

RECIBO DE PAGO No.: 25010410001948

*APELLIDOS Y NOMBRES O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRIBUYENTE
ANTONIO JOSE BILBAO CARDONA

No. IDENTIFICACIÓN: 8671951
TELÉFONO: 1
DIRECCIÓN: C 7 NO 5D-07

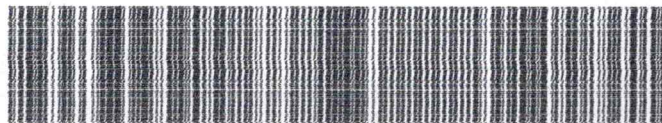
FECHA DE EMISIÓN: 13/11/2025
FECHA DE OBLIGACIÓN: 13/11/2025
FECHA DE VENCIMIENTO: 30/11/2025

Nº.	DESCRIPCIÓN DE LA RENTA, TASA O DERECHO	CANTIDAD	BASE	TARIFA/VALOR	VR. LIQUIDADO
1	ESTAMPILLA PRO ADULTO MAYOR	1	\$ 5.610,333	4,00 %	\$ 224,413

Observaciones: ESTAMPILLA ADULTO MAYOR

TOTAL A PAGAR

\$ 224,413



[415]770998890923[8020]25010410001948[3900]0000000224413[96]20251130

ALCALDIA DE MANATÍ
Secretaría de Hacienda
MANATÍ
CANCELADO

Impreso: MCERA- 13/11/2025 -09:44:24 - 152.200.150.218

CALLE 7A Nº 4B - 25 HORARIO DE ATENCIÓN: HORARIO DE ATENCIÓN: DÍAS HÁBILES 8:00 AM A 12:00 M - 2:00 PM A 6:00 PM

CALLE 7A N.º 4B - 17 - 3205101560 Fax:8719017

- COPIA MUNICIPIO -