

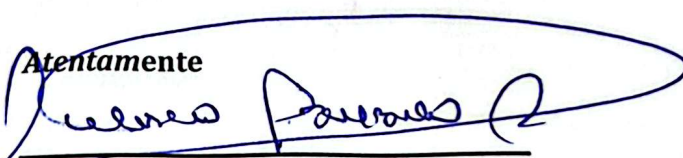
**CUENTA DE COBRO N° 005
OTROS SI # 01 AL CONTRATO OS2025-C0176**

N°005

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 NOVIEMBRE 2025 por concepto de labores realizadas por prestación de servicio como MEDICO DE URGENCIAS de la E.S.E HOSPITAL DE MANATI.

Atentamente



ANTONIO JOSE BILBAO CARDONA
C.C 8.671,951 expedida en BARRANQUILLA ATLANTICO

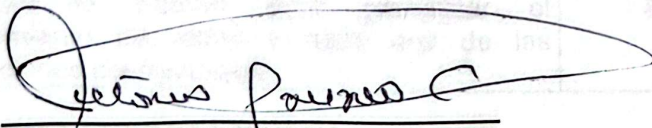
DECLARACION JURAMENTADA

ARTICULO 1.2.4.1.6 DECRETO 16 25 2016

Manatí Atlántico NOVIEMBRE 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- 07 BARRIO 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
CC 8.671.951 Expedida en BARRANQUILLA ATLANTICO



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:	01/072025
PLAZO DE EJECUCION:	5 MESES
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	16.830.999
VALOR OTRO SI	11.221.332
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	28.053.331
FECHA DE INICIO DEL CONTRATO	01/07/25
FECHA DE TERMINACION DEL CONTRATO	30 NOVIEMBRE DE 2025
FECHA DE INICIO DEL OTRO SI:	30/10/25
FECHA TERMONACION DEL OTRO SI	3011/25
SUPERVISOR:	JULIAN FRANCO

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. y de los impuestos municipales, el cual detalla el pago de los siguientes impuestos:

DEPARTAMENTALES

INTERESES DE MORA	NO APLICA
ESTAMPILLA CIUDADELA UNIVERSITARIA	NO APLICA
ESTAMPILLA PRO DESARROLLO DEPARTAMENTAL	NO APLICA
TOTAL	

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



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

MUNICIPALES

4% ESTAMPILLA ADULTO MAYOR	\$ 224.400
TOTAL	\$ 224.400

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	\$11.221.332
No. del informe:	05
Valor a cancelar del periodo	\$ 5.610.666
Valor ejecutado	\$ 11.221.332
Saldo por ejecutar	\$ 0

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
	4630501284	OCTUBRE

5. ACCIONES DE SUPERVISIÓN

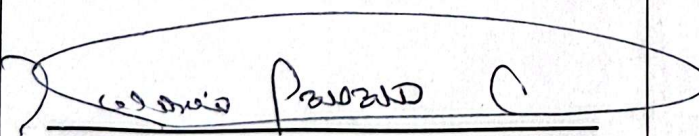
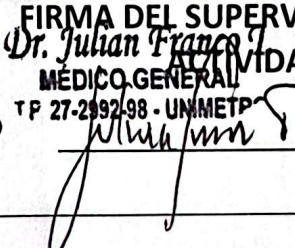
El suscrito supervisor ejerció acciones tendientes a una exitosa y satisfactoria ejecución del contrato, brindando la información correspondiente, para lo cual hizo recomendaciones y sugerencias al contratista en lo concerniente a la ejecución de las actividades.

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 periodo comprendido entre el 01 al 30 del mes de NOVIEMBRE de 2025.

En constancia de lo anterior, se firma el presente informe de Supervisión a los (12) días del mes de DICIEMBRE del dos mil veinticinco (2025).

Dr. Julian Franco L.
MEDICO GENERAL
T.P. 272492-01 - NNNETP
JULIAN FRANCO
SUPERVISOR DEL CONTRATO

FORMATO DE ACTITUDES ESE HOSPITAL DE MANATI - ATLANTICO					
NOMBRES Y APELLIDOS		ANTONIO JOSE DILBAO CARDONA			
DOCUMENTO IDENTIFICACION		CC 8.671.931 B/QUILA			
AREA		URGENCIA			
SUPERVISOR		DR: JULIAN FRANCO. T			
NUMERO CONTRATO		FECHA		PERIODO COBRADO	
DS 2025 C0176 DS: 001		D	M	A	DESDE 01-11-2025
		12	12	25	HASTA 30-11-2025
DETALLES DEL INFORME - RELACION DE ACTIVIDADES					
1-	ATENCION DEL TRIAGE Y. CUMPLIR DE ULPENAO				
2-	ATENCION PACIENTES CRITICOS. JUTURAS. PARTOS				
3-	ATENCION DE PACIENTES EN OBSERVACION				
4	ELABORAR. REMISION Y. SEGUIMIENTO DE LA MISMA				
5-	ACOMPANIAMIENTO DE PACIENTE CRITICO EN SU				
	TRABAJO A NIVEL DE ATENCION SUPERIOR				
FIRMA DEL CONTRATISTA			FIRMA DEL SUPERVISOR DE LAS		
			 Dr. Julian Franco MEDICO GENERAL TP 27-2992-98 - UNMETP ACTIVIDAD 12 DIC 2025		



MUNICIPIO DE MANATI ATLANTICO
NIT: 800.212.212-4
SECRETARIA DE HACIENDA MUNICIPAL
RECIBO OFICIAL DE RENTAS MENORES



SECRETARIA DE HACIENDA

RECIBO DE PAGO No. 25010410002095

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

No. IDENTIFICACION:	8671951
TELÉFONO:	1
DIRECCIÓN:	C 7103 50-57

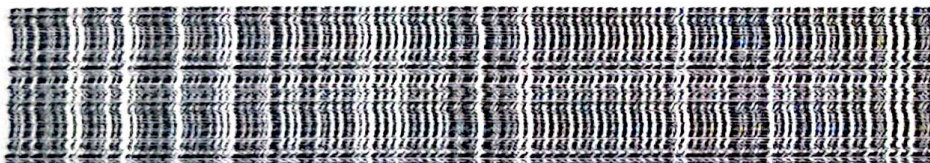
FECHA DE EMISIÓN: 11/12/2025
FECHA DE OBLIGACIÓN: 11/12/2025
FECHA DE VENCIMIENTO: 31/12/2025

No.	DESCRIPCIÓN DE LA RENTA, TASA O DERECHO	CANTIDAD	BASE	TARIFA VALOR	Vt. LIQUIDADO
1	ESTAMPILLA PRO ADULTO MAYOR	1	\$ 5.610.000	4,00 %	\$ 224.400

Observaciones: ESTA ADULTO MAYOR

TOTAL A PAGAR

\$ 224.400



64-57709-1-1274-2514-3

ENTIDADES BANCARIAS AUTORIZADAS



CUENTA No. 316340000462

NCERA 11/13/2025 10:28:55 157 300 150 240

**PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL**

Banco de Bogotá

[illegible]

TOTAL APORTES A SALUD														TOTALES	
CÓDIGO	ADMINISTRACIÓN	NOMBRE	INCAPACITACION POR PREVENCIÓN		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACION		APORTES	MONEDA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
			CONTANTES	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN					VALOR MONEDA
01	CA SUDAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD		1		\$ 0				\$ 0		\$ 178.000	\$ 3.100	\$ 0	\$ 181.100	
SUB-TOTALES					\$ 0				\$ 0		\$ 178.000	\$ 3.100	\$ 0	\$ 181.100	
TOTAL APORTES A PREGIOS PROFESIONALES															
CÓDIGO	ADMINISTRACIÓN	NOMBRE	INCAPACITACION POR PREVENCIÓN		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACION		APORTES	MONEDA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
			CONTANTES	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN					VALOR MONEDA
01	CA SUDAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD		1		\$ 0				\$ 0		\$ 62.000	\$ 1.100	\$ 0	\$ 63.100	
SUB-TOTALES					\$ 0				\$ 0		\$ 62.000	\$ 1.100	\$ 0	\$ 63.100	
														\$ 63.100	

[illegible]

TOTAL PAGADO:	\$ 244.200
----------------------	-------------------