ENEISON RAFAEL FERNANDEZ ACOSTA
1083454489
MZ 11 CASA 28 AC
3113232598
ENEISON1703@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2026-09-28**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	ENEISON RAFAEL FERNANDEZ ACOSTA		
DOCUMENTO:	1083454489		
DIRECCIÓN:	MZ 11 CASA 28 AC	TELÉFONO:	3113232598
CORREO ELECTRONICO:	ENEISON1703@GMAIL.COM		

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que en la declaración de renta del año gravable 2025 no tomaré costos y deducciones

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° CONTRATO:	CD20260707
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL GRUPO DE TRABAJO DE APOYO TECNOLÓGICO DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.

RP:	350	CDP:	1	FECHA INICIO:	2026-01-13	FECHA FINAL:	2026-09-30

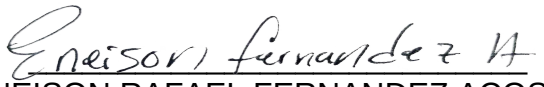
VALOR CONTRATO:	36.000.000,00	VALOR A PAGAR:	4.000.000,00

BANCO A CONSIGNAR:	BBVA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	0805012808

CDP - ADICION:	1033	RP - ADICION:	3571	VALOR ADICION:	12.000.000,00

PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Septiembre**

FIRMA



ENEISON RAFAEL FERNANDEZ ACOSTA
C.C. 1083454489 expedida en CIENAGA

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA	**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

ENEISON RAFAEL FERNANDEZ CASTRO

CON C.C Nº 1083454489

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL GRUPO DE TRABAJO DE APOYO TECNOLÓGICO DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		**CD20260707**	**DE FECHA INICIO**	13/1/2026

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	Apoye la gestion de la unidad funcional de sistema de informacion y TIC de la E.S.E., en cuato a la tecnologia y comunicación con que se cuenta
2	Coordine la ejecucion del plan de mantenimento para los computadores en areas asisistenciales y oficinas en las difernentes areas de la E.S.E .
3	Coordine la ejecucion de los sosportes tecnico requerido en la diferentes areas
4	Realice reportes de fallas a la empresa encargada de los pc que se encuentran en renting
5	Desarrollo en proceso de aplicación para la gestión de hojas de vida, inventario y mantenimiento de equipos tecnológicos.
6	Realice envio de facturas a la Dian
7	Realice la creacion de nuevos usuarios del sistema de digiturno
9	Realice soporte en las dferntes oficinas de la ESE

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	6033286279	**OPERADOR:**	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	Sanitas	28/9/2026	$ 218.900,00
PENSIÓN:	Colfondo	28/9/2026	$ 280.200,00
RIESGOS LABORALES:	Positiva	28/9/2026	$ 42.700,00

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:	Eneison Fernandez A
N°. IDENTIFICACIÓN:	**1083454489**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1083454489
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ENEISON RAFAEL FERNANDEZ ACOSTA
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	ANDREA CAROLINA MZ 7 CASA 22	TELÉFONO:	3111111
TIPO APORTANTE:	02-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:	**6033286279**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES agosto AÑO 2026			PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES agosto AÑO 2026
DÍAS DE MORA:	7				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/09/28			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	689676081

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
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.500	$ 0	$ 280.200	$ 1.500	$ 281.700
SUBTOTALES:										**$ 280.200**	**$ 1.500**	**$ 281.700**

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	$ 218.900	$ 0	$ 1.200	$ 0	$ 218.900	$ 1.200	$ 0	$ 220.100
SUBTOTALES:													**$ 218.900**	**$ 1.200**	**$ 0**	**$ 220.100**

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
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 42.700	$ 42.700	$ 300	$ 0	$ 43.000
SUBTOTALES:									**$ 42.700**	**$ 300**	**$ 0**	**$ 43.000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																									PENSIÓN								SALUD					ARP													
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	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1083454489	FERNANDEZ ACOSTA ENEISON RAFAEL	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO																	231001-COLFONDOS	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	EPS005-SANITAS S.A	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.750.905	108345448	$ 42.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 544.800

Planilla Pagada

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20260707 DEL 2026

NO. DEL CONTRATO	CD20260707 DEL 2026
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	ENEISON RAFAEL FERNANDEZ ACOSTA
NO. DE IDENTIDAD	1083454489
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL GRUPO DE TRABAJO DE APOYO TECNOLÓGICO DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	VEINTICUATRO MILLONES DE PESOS M/CTE ($24000000)
FORMA DE PAGO	El HUJMB cancelará al CONTRATISTA 6 cuota(s) por valor de CUATRO MILLONES DE PESOS M/CTE ($4000000), de conformidad con el informe de la ejecución de las actividades contractuales realizadas, previa certificación de cumplimiento de expedida por parte del Supervisor del contrato.
PLAZO DE EJECUCIÓN	Previa legalización del contrato sin exceder 30 de junio de 2026.
CDP	1
REGISTRO PRESUPUESTAL	350
FECHA DE ACTA DE INICIO	1/13/2026
FECHA DE TERMINACION CONTRATO	30/06/2026
ADICION	
CDP DE LA ADICION	3571
REGISTRO PRESUPUESTAL DE LA ADICION	1033
PLAZO ADICION	Las partes acuerdan MODIFICAR el tiempo de ejecución del contrato, prorrogando por tres (3) meses previa legalización, hasta el 30 de septiembre de 2026.
FORMA DE PAGO ADICION	El HUJMB cancelará al CONTRATISTA 3 cuota(s) por valor de CUATRO MILLONES DE PESOS M/CTE ($4000000), de conformidad con el informe de la ejecución de las actividades contractuales realizadas, previa certificación de cumplimiento de expedida por parte del Supervisor del contrato.
FECHA DE TERMINACION DE CONTRATO CON ADICION	30/09/2026
VALOR ADICION	$ 12.000.000
VALOR FINAL DEL CONTRATO	TREINTA Y SEIS MILLONES DE PESOS M/CTE ($ 36.000.000)
SUPERVISOR DEL CONTRATO	PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL SISTEMA DE INFORMACION Y TIC

Entre los suscritos, **CINDY SALLANNY MATTOS FIGUERA,** mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **55220303 expedida** en Barranquilla (Atlántico), obrando en calidad de **Profesional Especializado Unidad funcional Sistema de Información y TIC** quien actúa como supervisor del contrato **CD20260707** por otra parte **ENEISON RAFAEL FERNANDEZ ACOSTA**, identificado con la cedula de ciudadanía No. **1083454489** 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 SEPTIEMBRE de 2026.

SUPERVISOR,

CINDY SALLANNY MATTOS FIGUERA
55220303

CONTRATISTA,

ENEISON RAFAEL FERNANDEZ ACOSTA
1083454489