

ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20244567 DEL 2024

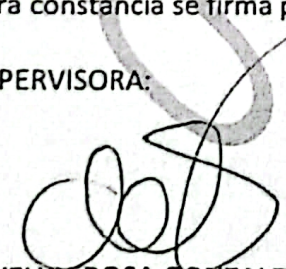
NO. DEL CONTRATO	CD20244567
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	CARLOS FABIO BENAVIDES ACUÑA
NO. DE IDENTIDAD	85.471.683
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE ORIENTACIÓN, AUTORIZACION 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	\$4.200.000.00
FORMA DE PAGO	El HUIJMB cancelará al CONTRATISTA DOS (2) Pago por valor de DOS MILLONES CIENTO MIL PESOS M/L. (\$2.100.000) C/U, de conformidad con el informe de 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 30 DE SEPTIEMBRE 2024.
CDP	No. 779
REGISTRO PRESUPUESTAL	No. 5109
SUPERVISOR DEL CONTRATO	PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL CONSULTA EXTERNA, APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO

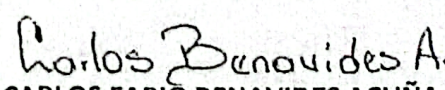
Entre los suscritos a saber **EVELYN ROSA GONZALEZ ORTEGA**, en su calidad de **PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL CONSULTA EXTERNA, APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO** y quien actúa como Supervisor del contrato No. CD20244567 y por la otra, **CARLOS FABIO BENAVIDES ACUÑA**, identificada con la cedula de ciudadanía 85.471.683 de Santa - Marta, 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 5 de **AGOSTO** del año 2024.

SUPERVISORA:

CONTRATISTA:


EVELYN ROSA GONZALEZ ORTEGA
C.C. No. 36.722.648


CARLOS FABIO BENAVIDES ACUÑA
C.C. No. 85.471.683

**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 N° 85,471,683****I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

OBJETO DEL CONTRATO: 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.**DE FECHA INICIO**

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:	9470820687	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	CAJACOPI	26/8/2024	162.500
PENSIÓN:	COLFONDOS	26/8/2024	208.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	26/8/2024	31.700

IV. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo 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

	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:	2024-08-28
----------------------------	------------

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:	CD20244567	RP:	5109	CDP:	779
--------------	------------	-----	------	------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	4.200.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	2.100.000,00
---------------------------	--------------	------------------------------	--------------

FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2024-08-05	FECHA DE FINALIZACION:	2024-09-30
---------------------------	------------	------------------------	------------

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:	0	RP - ADICION:	0	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 Agosto

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:	2024-08-28		
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:	CD20244567
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:	5109	CDP:	779	FECHA INICIO:	2024-08-05	FECHA FINAL:	2024-09-30	
VALOR CONTRATO:		4.200.000,00			VALOR A PAGAR:		2.100.000,00	
BANCO A CONSIGNAR:		DAVIVIENDA		TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	1171000792	
CDP - ADICION:		0	RP - ADICION:		0	VALOR CONTRATO CON ADICION:		0,00

PERIODO OBJETO DE COBRO:	Agosto
--------------------------	--------

FIRMA


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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE											
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF			
CC 85471683		BENAYDES ACUÑA CARLOS FABIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Tjs 17 DG 30 17 A 48	SANTA MARTA-MAGDALENA	4363718	No			
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION											
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago		Dias Mora		Valor	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco				
2024-07	2024-07	866141881			2024/08/22	2024/08/26	NEQUI		4	\$403,500	

RESUMEN DE PAGO											
RIESGO	CODIGO	NT	DV	AFLIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR			
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$208,000	\$700	\$0	\$208,700			
COLFONDOS	231001		6	1	\$208,000	\$700	\$0	\$208,700			
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$31,700	\$100	\$0	\$31,800			
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23		6	1	\$31,700	\$100	\$0	\$31,800			
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$162,500	\$500	\$0	\$163,000			
CAJACOP1	CCFCS5		6	1	\$162,500	\$500	\$0	\$163,000			
TOTAL				1	\$402,200	\$1,300	\$0	\$403,500			