HJMB JULIO MÉNDEZ BARRENECHE	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 ALBERTO PALACIO ROSETTE identificado con C.C. 12560221

Fecha de Diligenciamiento:	2024-11-26

I. DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR CAMILLERO PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

N° CONTRATO:	CD20245703	RP:	6730.0	CDP:	1579
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	3.800.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	1.900.000,00		
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2024-11-08	FECHA DE FINALIZACION:	2024-12-31		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	AURA STELLA DAZA PEÑA				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

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

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

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 Noviembre

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

AURA STELLA DAZA PEÑA
36541888
UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA

Escaneado con CamScanner

ALBERTO PALACIO ROSETTE
12560221
CALLE 6 #12-58
3213398919
ALBERTOPALACIO2428@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2024-11-26**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	ALBERTO PALACIO ROSETTE		
DOCUMENTO:	12560221		
DIRECCIÓN:	CALLE 6 #12-58	TELÉFONO:	3213398919
CORREO ELECTRONICO:	ALBERTOPALACIO2428@GMAIL.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:	CD20245703						
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR CAMILLERO PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.						
RP:	6730	CDP:	1579	FECHA INICIO:	2024-11-08	FECHA FINAL	2024-12-31
VALOR CONTRATO:	3.800.000,00			VALOR A PAGAR:	1.900.000,00		
BANCO A CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA			TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA	488400927080
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Noviembre**						

FIRMA

Alberto Palacio R.

ALBERTO PALACIO ROSETTE
C.C. 12560221 expedida en SANTA MARTA

Escaneado con CamScanner

ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20245703 DEL 2024

NO. DEL CONTRATO	CD20245703 DEL 2024
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	ALBERTO PALACIO ROSETTE
NO. DE IDENTIDAD	12560221
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR CAMILLERO PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/L ($3800000)
FORMA DE PAGO	El HUJMB cancelará al CONTRATISTA 2 cuotas, por valor de UN MILLON NOVECIENTOS MIL PESOS M/L. (1900000), 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 31 de DICIEMBRE de 2024
CDP	1579
REGISTRO PRESUPUESTAL	6730
SUPERVISOR DEL CONTRATO	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA

Entre los suscritos a saber AURA STELLA DAZA PEÑA, en su calidad de Prof. Especializado Unidad Funcional de Enfermeria y quien actúa como Supervisor del contrato No. **CD20245703** y por la otra, ALBERTO PALACIO ROSETTE, 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 A LOS 8 DIAS DEL MES DE NOVIEMBRE DEL 2024

SUPERVISOR,

AURA STELLA DAZA PEÑA
CC. N° 36.541.888

CONTRATISTA,

ALBERTO PALACIO ROSETTE
CC. N° 12560221

Escaneado con CamScanner

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
[illegible]	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	[illegible]
[illegible]			ALBERTO [illegible]
[illegible]	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO	MAGDALENA
[illegible]	CRA [illegible]	TELÉFONO	[illegible]
[illegible]	[illegible] INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	[illegible] INDEPENDIENTE
[illegible]	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA	[illegible]
[illegible]	ÚNICO		
[illegible]			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA						
NÚMERO PLANILLA		4572910087	TIPO DE PLANILLA			[illegible]
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	[illegible] AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES	[illegible] AÑO	2024
DÍAS DE MORA		0				
FECHA PAGO (aaaammdd)		[illegible]	NÚMERO AUTORIZACIÓN			[illegible]

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
[illegible]	[illegible] PROTECCIÓN	[illegible]	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 0	$ 208.000
SUBTOTALES										$ 208.000	$ 0	$ 208.000

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
[illegible]	[illegible] SANITAS S.A.			$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500
SUBTOTALES													$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD ATEP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD ATEP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
[illegible]	[illegible] COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 31.700	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 31.700
SUBTOTALES									$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 31.700

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE	NOVEDADES	PENSIÓN ADMIN	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	PARAFISCALES IBC	CCF ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1 [illegible]	NO	230201 PROTECCIÓN	1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	[illegible] SANITAS S.A.	1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	[illegible] POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.	1.300.000	[illegible]	$ 31.700	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL $ 402.200

Escaneado con CamScanner

HUMB HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y

ALBERTO PALACIO ROSETTE

CON C.C N° 12.560.221

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR CAMILLERO PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20245703	DE FECHA INICIO	8/11/2024

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 especificas del objeto del contrato)
1	Recibi y entregue turno de acuerdo a la guia institicional
2	Obre con diligencia y el cuidado necesario en los asuntos que me asigno el supervisor de la orden
3	Cumpli con el desarrollo y el cuidado de actividades en el area asistencial que comprende los servicios de hospitalizacion medicina interna, hospitalizacion quirurgica,hospitalizacion neurocirugia, hospitalizacion peditrica,hospitalizacion ginecologica,unidad de cuidados intensivos,(neonatal,pediatrica y adulto) y en todos lo servicios hospitalarios que se requiean para que adelnate los procesos de traslado del paciente para los diferentes servicios hospitalarios tales como imagenologia,ecografia,unidad de endoscopia,unidad de cardiologia,consulta externa,traslado de cadaveres del servicio hospitalario donde fllece hasta la morgue de la E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.
4	Cumpli con los turno porgramados por la E.S.E de acuerdo a los parametros de calidad, oportunidad, accesabilidad, continuidad, suficiencia,integridad, seguridad,precison tecnica,raclonalidad,calidez,trasnparencia,consetimiento y alto continuo para atender la salud de cada uno de los habitantes del Departamneto del Magdalena y Distirto de Santa Marta que requieren de este servicio.
5	Asisti a capacitaciones, programas de formacion continua, y apropiación de procesos de induccion y reinduccion.
6	realice apsesia diaria y semanal de la silla de rueda y camillas en el piso asignado por turno.
7	Atendi a los paciente en los diferente traslasdo con trato humanizado en el turno
8	reporte anomalias al jefe inmediato a cargo del area del servcio asignado
9	Estas actividades se deben realizar con el peronal idoneo con sus respectivas condiciones de seguridad para garantizar el bienestar del paciente y la labor de ete funcionario Cumplir con los turno porgramados por la E.S.E de acuerdo a los parametros de calidad, oportunidad, accesabilidad, continuidad, suficiencia,integridad, seguridad,precison tecnica,racionalidad,calidez,trasnparencia,consetimiento y alto continuo para atender la salud de cada uno de los habitantes del Departamneto del Magdalena y Distirto de Santa Marta que requieren de este servicio recibir y entregar turno de acuerdo a la guia institucional

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	4572910087	OPERADOR.	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD.	SANITAS	5/11/2024	162.500
PENSIÓN:	PROTECCION	5/11/2024	208.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	5/11/2024	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 fotograficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

FIRMA DEL CONTRATISTA:	
N°. IDENTIFICACIÓN	CC 12.560.221

Escaneado con CamScanner