JOSE LUIS LEON RAMOS
1082933858
N/A
N/A
JOSELEONRAMOS10@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2024-11-26**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	JOSE LUIS LEON RAMOS		
DOCUMENTO:	1082933858		
DIRECCIÓN:	N/A	TELÉFONO:	N/A
CORREO ELECTRONICO:	JOSELEONRAMOS10@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:	CD20245723						
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:	6922	CDP:	1579	FECHA INICIO:	2024-11-13	FECHA FINAL:	2024-12-31
VALOR CONTRATO:	3.800.000,00			VALOR A PAGAR:	1.900.000,00		
BANCO A CONSIGNAR:	BANCO BANCOLOMB			TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	7818101019
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Noviembre**						

FIRMA

José L. León R.

JOSE LUIS LEON RAMOS
C.C. 1082933858 expedida en SANTA MARTA

en linea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1082933850		LEON RAMOS JOSE LUIS JUNIOR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MZ U CASA 13	SANTA MARTA-MAGDALENA	3128107591	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	10468712018	94758034288	I	2024/11/18	2024/11/13	BANCOLOMBIA	0	$402,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificacion	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
1	CC 1082933850	LEON JOSE	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14220	30	$1,300,000	$31,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0

en linea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1082913858		LEON RAMOS JOSE LUIS JUNIOR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MZ U CASA 13	SANTA MARTA-MAGDALENA	3128107591	NO

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	10ab712038	94750342B8	I	2024/11/18	2024/11/13	BANCOLOMBIA	0	$402,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$0	$0	$31,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$31,700	$0	$0	$31,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$402,200	$0	$0	$402,200

ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20245723 DEL 2024

NO. DEL CONTRATO	CD20245723 DEL 2024
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	LEON RAMOS LUIS JUNIOR
NO. DE IDENTIDAD	1082933858
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	($3800000) TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/L
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	6922
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. **CD20245723** y por la otra, LEON RAMOS LUIS JUNIOR, 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 13 DIAS DEL MES NOVIEMBRE DEL 2024

SUPERVISOR,

AURA STELLA DAZA PEÑA
CC. N° 36.541.888

CONTRATISTA,

LEON RAMOS LUIS JUNIOR
CC. N° 1082933858

HJMB JULIO MENDEZ BARRENECHE	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			
JOSE LUIS LEON RAMOS			
CON C.C Nº	1.082.933.858		
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.	CD20245723	DE FECHA INICIO	13/11/2024

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,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.
5	Asisti a capacitaciones, programas de formación continua, y apropiación de procesos de inducción y reinducción.
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:	9475034288	OPERADOR:	APORTE EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	13/11/2024	162.500
PENSIÓN:	PORVENIR	13/11/2024	208.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	13/11/2024	31.700

IV.DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1 - Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
2 - Que realice 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 período correspondiente

FIRMA DEL CONTRATISTA:	Jose L. Leon R.
Nº. IDENTIFICACIÓN:	CC: 1082933858