E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO 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 TOMAS ALFONSO MATOS ROMERO identificado con C.C. 85460399

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:	CD20245719	RP:	6871.0	CDP:	1579
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	3.800.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	1.900.000,00		
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2024-11-10	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 P.

AURA STELLA DAZA PEÑA
36541888
UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA

TOMAS ALFONSO MATOS ROMERO
85460399
CALLE 8 #1B-45 TAGANGA
3146473367
TOMASALFONSOMATOSROMERO@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2024-11-26**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	TOMAS ALFONSO MATOS ROMERO		
DOCUMENTO:	85460399		
DIRECCIÓN:	CALLE 8 #1B-45 TAGANGA	TELÉFONO:	3146473367
CORREO ELECTRONICO:	TOMASALFONSOMATOSROMERO@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:	CD20245719						
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:	6871.	CDP:	1579	FECHA INICIO:	2024-11-10	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:	550117100080772		
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Noviembre**						

FIRMA

TOMAS ALFONSO MATOS ROMERO
C.C. 85460399 expedida en SANTA MARTA

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ 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

TOMAS ALFONSO MATOS ROMERO

CON C.C Nº 85,460,399

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.	CD20245719	DE FECHA INICIO	12/11/2024

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)

ITEM	
1	Recibi y entregue turno de acuerdo a la guia instiicional.
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:	4575346050	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	19/11/2024	162.500
PENSIÓN:	PROTECCION	19/11/2024	208.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	19/11/2024	31.700

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:	Tomás Matos R
Nº. IDENTIFICACIÓN:	CC: 85,460,399

ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20245719 DEL 2024

NO. DEL CONTRATO	CD20245719 DEL 2024
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	MATOS ROMERO TOMAS ALFONSO
NO. DE IDENTIDAD	85460399
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	6871
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. **CD20245719** y por la otra, MATOS ROMERO TOMAS ALFONSO, 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 12 DIAS DEL MES DE NOVIEMBRE DEL 2024

SUPERVISOR,

AURA STELLA DAZA PEÑA
CC. N° 36.541.888

CONTRATISTA,

MATOS ROMERO TOMAS ALFONSO
CC. N° 85460399

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	85460399
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			TOMAS MATOS ROMERO
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	CALLE 8 1B 45 TAGANGA	TELÉFONO:	4207585
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:			4575346050	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	octubre AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES octubre AÑO 2024
DÍAS DE MORA:			0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/11/19	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9990737082

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
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 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		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACION		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 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 IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA 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																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP							CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	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	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 85460399	MATOS ROMERO TOMAS ALFONSO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000	85460399	$ 31.700	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 402.200

Planilla Pagada