| | 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 FREDY GUERRA BAQUERO Identificado con C.C. 7633291**

| 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: | CD20245710 | RP: | 6610.0 | CDP: | 1579 |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO: | 3.800.000,00 | VALOR DE HONORARIOS PERIODO: | | | 1.900.000,00 |
| FECHA DEL ACTA DE INICIO: | 2024-11-04 | 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



Scanned with CamScanner

FREDY GUERRA BAQUERO
7633291
CALLE 29 D 2 KRA 21 A 2-67 BOULEVAR DE LAS ROSAS
3134295709
FREDYGUERRABAQUERO@GMAIL.COM

# CUENTA DE COBRO

## DATOS PERSONALES

| | |
|---|---|
| **Fecha de Diligenciamiento:** | **2024-11-26** |
| NOMBRES Y APELLIDOS: | FREDY GUERRA BAQUERO |
| DOCUMENTO: | 7633291 |
| DIRECCIÓN: | CALLE 29 D 2 KRA 21 A 2-67 BOULEVAR TELÉFONO: 3134295709 |
| CORREO ELECTRONICO: | FREDYGUERRABAQUERO@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: | CD20245710 |
| 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: | 6610 | CDP: | 1579 | FECHA INICIO: | 2024-11-04 | 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: | 117100080342 | |
| CDP - ADICION: | N/A | RP - ADICION: | N/A | VALOR ADICION: | 0,00 | | |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | | | | **Noviembre** | | | |

**FIRMA**

FREDY GUERRA BAQUERO
C.C. 7633291 expedida en SANTA MARTA

Scanned with CamScanner

## ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20245710 DEL 2024

| | |
|---|---|
| **NO. DEL CONTRATO** | CD20245710 DEL 2024 |
| **NOMBRE DEL CONTRATANTE** | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | GUERA BAQUERO FREDY |
| **NO. DE IDENTIDAD** | 7633291 |
| **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** | 6610 |
| **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. **CD20245710** y por la otra, GUERA BAQUERO FREDY, 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 5 DIAS DEL MES DE NOVIEMBRE DEL 2024

SUPERVISOR,

AURA STELLA DAZA PEÑA
CC. N° 36.541.888

CONTRATISTA,

GUERA BAQUERO FREDY
CC. N° 7633291

Scanned with CamScanner

| | | |
|---|---|---|
| HUMB JULIO MENDEZ BARRENECHE | **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO** | CODIGO GJC23F<br>VERSION 003<br>FECHA DE ULTIMA REVISION 22/08/2024<br>PAGINA 1 de 1 |

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

**FREDY GUERRA BAQUERO**

**CON C.C Nº 7633291**

**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.** | **CD20245710** | **DE FECHA INICIO** | **5/11/2024** |

| 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 | Obrar con diligencia y el cuidado necesario en los asuntos que se asigne el supervisor de la orden. |
| 2 | Cumplir con el desarrollo de actividades en el área asistencial que comprende los servicios de hospitalización medicina interna, hospitalización quirúrgica, hospitalización neurocirugia, hospitalización pediatria, hospitalización ginecología, unidad de cuidados intensivos, (neonatal, pediátrica y adulto) y en todos los servicios Hospitalarios que se requieran para que adelante los procesos de traslado del paciente para los diferentes servicios hospitalarios tales como; Imagenología, Ecografias, Unidad de Endoscopia, Unidad de Cardiología, Consulta Externa, Traslado de cadáveres del servicio hospitalario donde fallece hasta la morgue de la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE. |
| 3 | Estas actividades se deben realizar con el personal idóneo con sus respectivas condiciones de seguridad para garantizar el bienestar del paciente y la labor de este funcionario c) cumplir con los turnos programados por la E.S.E. de acuerdo a los parámetros de calidad, oportunidad, accesibilidad, continuidad, suficiencia, integridad, seguridad, precisión técnica, racionalidad, calidez, transparencia, consentimiento y alto continuo para atender la salud de cada uno de los habitantes del Departamento del Magdalena y Distrito de Santa Marta, que requieren de este servicio. |
| 4 | Recibir y entregar turno de acuerdo a la guia institucional |

**III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | **4575910517** | **OPERADOR:** | **SOI** |
| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
| **SALUD:** | **NUEVA EPS** | **26/11/2024** | **162.500** |
| **PENSIÓN:** | **PROTECCION** | **26/11/2024** | **208.000** |
| **RIESGOS LABORALES:** | **POSITIVA** | **26/11/2024** | **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.

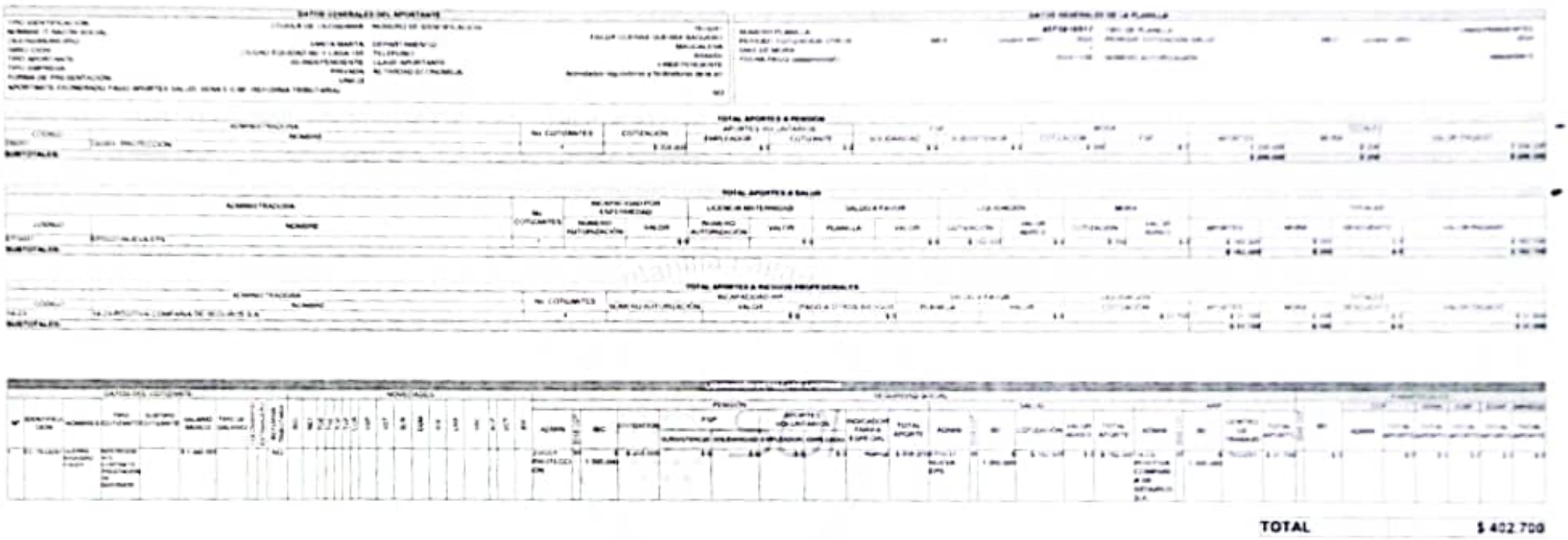
**V. ANEXOS**
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

| | |
|---|---|
| **FIRMA DEL CONTRATISTA:** | |
| **Nº. IDENTIFICACIÓN:** | **7633291** |

Scanned with CamScanner

**PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES**
**SOPORTE DE PAGO GENERAL**



**TOTAL** **$ 402.700**