HUMB	FORMATO INFORME DE SUPERVISOR	Codigo: GAC228	Version: 1
		FECHA DE ULTIMA REVISION: 19/01/2024	

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y ALEXANDER RAFAEL IGUARAN MANJARRES identificado con C.C. 85484444

Fecha de Diligenciamiento:	2024-11-28

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:	CD20245721	RP:	6872.0	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 PEÑA
36541888
UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA

DATOS PERSONALES

	2024-11-26
	ALEXANDER RAFAEL IGUARAN MANJARRES
	85464446
4-67 PESCAITO	TELEFONO: 3017156641
ICO:	ALEXIGUARAN2428@HOTMAIL.COM

del juramento que en la declaración de renta del año gravable
ducciones

DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

	CD20245721		
	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.		
79	FECHA INICIO: 2024-11-10	FECHA FINAL:	2024-12-31
300.000,00	VALOR A PAGAR:	1.900.000,00	
D DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA: Ahorros	No. CUENTA:	116200128936
ADICION: N/A	VALOR ADICION:	0,00	
JETO DE COBRO:	**Noviembre**		

FIRMA

EXANDER RAFAEL IGUARAN MANJARRES
C.C. 85464446 expedida en SANTA MARTA

ALEXANDER RAFAEL IGUARAN MANJARRES
85464446
CR8#4-67 PESCAITO
3017156641
ALEXIGUARAN2428@HOTMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	2024-11-26		
NOMBRES Y APELLIDOS	ALEXANDER RAFAEL IGUARAN MANJARRES		
DOCUMENTO:	85464446		
DIRECCION:	CR8#4-67 PESCAITO	TELEFONO:	3017156641
CORREO ELECTRONICO:	ALEXIGUARAN2428@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:	CD20245721						
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						
					FECHA FINAL:	2024-12-31	
RP:	6872	CDP:	1579	FECHA INICIO:	2024-11-10		
VALOR CONTRATO:	5.600.000,00			VALOR A PAGAR:	1.900.000,00		
BANCO A CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA			TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	11620012806
CDP - ADICION:	N.A	RP - ADICION:	N.A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	Noviembre						

FIRMA

ALEXANDER RAFAEL IGUARAN MANJARRES
C.C. 85464446 expedida en SANTA MARTA

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	[illegible]
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			ALEXANDER RAFAEL [illegible]
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	SANTA MARTA	TELÉFONO:	[illegible]
TIPO APORTANTE:	[illegible]-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act[illegible]
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
NÚMERO PLANILLA:	[illegible]	TIPO DE PLANILLA:	[illegible]
PERÍODO COTIZACIÓN OTROS	MES: [illegible] AÑO: 2024	PERÍODO COTIZACIÓN SALUD	MES: [illegible] AÑO: 2024
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	[illegible]	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	[illegible]

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTAL APORTES	TOTAL MORA	TOTAL SUBTOTALES
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	[illegible]	$ 0	[illegible]
SUBTOTALES:										[illegible]	$ 0	[illegible]

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	NOMBRE	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 VALOR ADRES	TOTAL APORTES	TOTAL MORA	TOTAL DESCUENTO	TOTAL SUBTOTALES
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	[illegible]	$ 0	$ 0	$ 0	[illegible]	$ 0	$ 0	[illegible]
SUBTOTALES:													[illegible]	$ 0	$ 0	[illegible]

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD RP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD RP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTAL APORTES	TOTAL MORA	TOTAL DESCUENTO	TOTAL SUBTOTALES
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	[illegible]	[illegible]	$ 0	$ 0	[illegible]
SUBTOTALES:									[illegible]	$ 0	$ 0	[illegible]

LIQUIDACIÓN DETALLADA DE APORTES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EN EL EXTERIOR	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	NOVEDADES	PENSIÓN ADMIN	PENSIÓN IBC	PENSIÓN COTIZACIÓN	SALUD ADMIN	SALUD IBC	SALUD COTIZACIÓN	SALUD TOTAL APORTE	RIESGOS ADMIN	RIESGOS IBC	TOTAL
1	CC [illegible]	[illegible] ALEXANDER RAFAEL	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO		231001-COLFONDOS	1.300.000	[illegible]	EPS002-SALUD TOTAL	1.300.000	[illegible]	[illegible]	14-23-POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.	1.300.000	[illegible]

TOTAL $ 402.200

Planilla Pagada

2024/11/15 9:14 AM USUARIO: SOI [illegible]

HUJMB E.S.E. Hospital Universitario JULIO MÉNDEZ BARRENECHE	ACTA INICIO	CÓDIGO: GJC25F VERSIÓN: 01 FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024 Página 1 de 160

ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20245721 DEL 2024

NO. DEL CONTRATO	CD20245721 DEL 2024
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	IGUARAN MANJARRES ALEXANDER RAFAEL
NO. DE IDENTIDAD	85464446
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	6872
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. **CD20245721** y por la otra, IGUARAN MANJARRES ALEXANDER RAFAEL, 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,

IGUARAN MANJARRES ALEXANDER RAFAEL
CC. N° 85464446

	FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	CÓDIGO: GJC23F VERSIÓN: 003 FECHA DE ULTIMA REVISIÓN: 22/08/2024 PAGINA 1 de 1

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

ALEXANDER RAFAEL IGUARAN MANJARREZ

CON C.C N° 85,464,446

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20245721	DE FECHA INICIO	12/11/2024

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	Recibí 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 fallece 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 personal 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 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:	4575657552	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	7/11/2024	182.500
PENSIÓN:	COLFONDO	7/11/2024	208.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	7/11/2024	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 periodo correspondiente

FIRMA DEL CONTRATISTA:	
N°. IDENTIFICACIÓN:	CC: 85,464,446