

**CUENTA DE COBRO No. 3/3 Contrato No.636/2024 1 DE OCTUBRE DE 2024**

**LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL SANTA CATALINA DE  
ALEJANDRIA - BOLIVAR**

**DEBE A:**

**ORLANDO MANUEL HERNÁNDEZ JARAMILLO** identificado con cedula de ciudadanía No. **77030815** De Santa catalina, La Suma de **UN MILLON SEIS CIENTO CINCUENTA MIL PESOS** (\$1.650.000) Por Concepto de Prestación de Servicios técnicos Como: **APOYO A LA GESTIÓN EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS A LA ESE HOSPITAL LOCAL SANTA CATALINA DE ALEJANDRÍA COMO VIGILANTE EN EL CENTRO ASISTENCIAL DE LOMA DE ARENA**, según contrato de prestación de servicios técnicos **636/2024 de 1 DE OCTUBRE** bajo la supervisión y vigilancia de la E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE SANTA CATALINA DE ALEJANDRIA, durante el periodo comprendido entre el primero (1) de al treinta y uno (31) de diciembre de 2024.

Con suma Cortesía,



**ORLANDO MANUEL HERNÁNDEZ JARAMILLO**

C.C No. **77030815**

Cuenta de Ahorros No. 4-126-72-04257-3 Banco Agrario de Colombia

Santa Catalina de Alejandría; a los 31 días del mes de diciembre de 2024.

Señor:

**ISAURA CASTRO VASQUEZ**

SUPERVISORA (C) CONTRATO No. **636/2024 de 1 DE OCTUBRE DE 2024**

Subgerente Científico

E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE SANTA CATALINA DE ALEJANDRIA

Ciudad,

**ASUNTO: Informe Mensual de Actividades Realizadas durante el Periodo: diciembre DE 2024.**

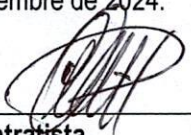
**ORLANDO MANUEL HERNÁNDEZ JARAMILLO** identificado con cedula de ciudadanía No **77030815** De Santa catalina, en mi calidad de Contratista de la E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE SANTA CATALINA DE ALEJANDRIA; Bolívar, a continuación, presento el Informe de Actividades realizadas durante el período comprendido entre el primero (1) al treinta y uno (31) de octubre de 2024. En cumplimiento del Contrato de Prestación de servicio técnico No. **636/2024 de 1 DE OCTUBRE DE 2024**

**OBJETO DEL CONTRATO: APOYO A LA GESTION EN LA PRESTACION DE SERVICIOS TÉCNICOS A LA ESE HOSPITAL LOCAL SANTA CATALINA DE ALEJANDRÍA COMO VIGILANTE DEL CENTRO ASISTENCIAL DE LOMA DE ARENA**

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO:**

1. Ejercer la vigilancia y protección de los bienes muebles e inmuebles, así como la protección de las personas que puedan encontrarse en la ESE.
2. Efectuar controles de identidad, de personas, objetos mercancías, paquetería o vehículos en el interior de la ESE.
3. Evitar la comisión de actos delictivos o infracciones administrativas en relación con el objeto su protección
4. Vigilar las entradas de la E.S.E, no permitiendo el acceso a sus dependencias más que a las personas autorizadas para ello.
5. Realizar los servicios de guardia, que correspondan dentro de los turnos que se establezcan.

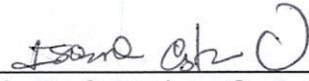
Se expide y firma el presente informe en el municipio de Santa Catalina de Alejandría a los (31) días del mes de diciembre de 2024.

  
Contratista

**ORLANDO MANUEL HERNÁNDEZ JARAMILLO**

C.C No. **77.030.815**

Recibí a satisfacción:

  
Vo. Bo. Supervisora Contrato No. 636/2024 del 1 de octubre de 2024

**ISAURA VASQUEZ CASTRO**

Subgerente Científico E.S.E. HLSC

|                                    |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                         |                    |                                         |                                                                                                              |                                         |         |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------|
| Dependencia:                       |                                                                                                                                                                       | Número de pago/ total de pagos:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                         | 3/3                | Fecha:                                  | 9/01/2025                                                                                                    |                                         |         |
| ACTO ADMINISTRATIVO                |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                         |                    |                                         |                                                                                                              |                                         |         |
| DATOS DEL CONTRATO                 | Valor total:                                                                                                                                                          | \$ 4,960,000.00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                         | Valor Mensual:     | 1,650,000.00                            |                                                                                                              |                                         |         |
|                                    | Número:                                                                                                                                                               | 636/2024                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Fec Suscripción:                        | 01 DE OCTUBRE 2024 | Fecha de iniciación:                    | 01 DE OCTUBRE DE 2024                                                                                        |                                         |         |
|                                    | N° CDP:                                                                                                                                                               | 566                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Fecha:                                  | 01 DE OCTUBRE 2024 | Fecha de terminación:                   | 31 DE DICIEMBRE DE 2024                                                                                      |                                         |         |
|                                    | N° RP:                                                                                                                                                                | 543                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Fecha:                                  | 01 DE OCTUBRE 2024 | Duración:                               | 3                                                                                                            | Meses 3                                 |         |
|                                    | Rubro Presupuestal:                                                                                                                                                   | 2.1.2.02.02.009.04                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                         | Periodo a pagar:   | Diciembre                               |                                                                                                              |                                         |         |
|                                    | Requiere Informe:                                                                                                                                                     | SI: <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | NO: <input type="checkbox"/>            | Suspensión No.:    | En tiempo: <input type="checkbox"/>     |                                                                                                              |                                         |         |
| OBJETO DEL CONTRATO:               | Entregó Informe:                                                                                                                                                      | SI: <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | NO: <input type="checkbox"/>            | Prorroga No.:      | En tiempo: <input type="checkbox"/>     |                                                                                                              |                                         |         |
|                                    | APOYO A LA GESTION EN LA PRESTACION DE SERVICIOS TÉCNICOS A LA ESE HOSPITAL LOCAL SANTA CATALINA DE ALEJANDRIA COMO VIGILANTE DEL CENTRO ASISTENCIAL DE LOMA DE ARENA |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                         |                    |                                         |                                                                                                              |                                         |         |
| INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                         |                    |                                         |                                                                                                              |                                         |         |
| Nombre:                            | ORLANDO MANUEL HERNÁNDEZ JARAMILLO                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                         |                    |                                         |                                                                                                              |                                         |         |
| Identificación:                    | Tipo de documento:                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | C.C                                     | X                  | Nit.                                    | Número:                                                                                                      | 77.030.815 DV                           |         |
| Dirección:                         | LOMA DE ARENA                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                         |                    |                                         |                                                                                                              |                                         |         |
| Número de Teléfono:                | FAX:                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                         | CEL: 3002832274    |                                         |                                                                                                              |                                         |         |
| Clase y número de cuenta:          | Corriente:                                                                                                                                                            | Ahorros:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | X                                       | Número             | 4-126-72-04257-                         | Banco:                                                                                                       | Agrario de Colombia                     |         |
| ASPECTOS TRIBUTARIOS               | Marque con "X"                                                                                                                                                        | Persona Natural:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | X                                       |                    | Persona Jurídica:                       |                                                                                                              |                                         |         |
|                                    |                                                                                                                                                                       | Gran Contribuyente:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                         |                    | Autoretenedor:                          |                                                                                                              |                                         |         |
|                                    |                                                                                                                                                                       | IVA Régimen Común:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                         |                    | Entidad sin ánimo de lucro              |                                                                                                              |                                         |         |
|                                    |                                                                                                                                                                       | IVA Régimen Simplificado:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                         |                    |                                         |                                                                                                              |                                         |         |
|                                    |                                                                                                                                                                       | He verificado de esta información frente al RUT                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                         |                    |                                         | SI: <input type="checkbox"/>                                                                                 | NO: <input type="checkbox"/>            |         |
|                                    |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                         |                    |                                         |                                                                                                              |                                         |         |
| INFORME DEL SUPERVISOR             |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                         |                    |                                         |                                                                                                              |                                         |         |
| AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD  | El contratista presentó el informe correspondiente:                                                                                                                   | SI: <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | NO: <input type="checkbox"/>            | # de folios:       | 3                                       |                                                                                                              |                                         |         |
|                                    | El informe cumple con lo estipulado en el contrato:                                                                                                                   | SI: <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | NO: <input type="checkbox"/>            |                    |                                         |                                                                                                              |                                         |         |
|                                    | Se remitió al Grupo de contratación o Talento Humano:                                                                                                                 | SI: <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | NO: <input type="checkbox"/>            | Fecha:             | 31/12/24                                |                                                                                                              |                                         |         |
|                                    | Observaciones del Interventor a las actividades ejecutadas:                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                         |                    |                                         |                                                                                                              |                                         |         |
| APORTES SEGURIDAD SOCIAL           | Persona Natural: ORLANDO MANUEL HERNÁNDEZ JARAMILLO                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                         |                    |                                         |                                                                                                              |                                         |         |
|                                    | Aportes a Salud                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                         | Aportes a ARL      |                                         |                                                                                                              |                                         |         |
|                                    | Valor pagado \$                                                                                                                                                       | 162.500                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Periodo                                 | 2024/12            | Valor pagado \$                         | 13.600                                                                                                       | Periodo                                 | 2024/12 |
|                                    | Comprobante de pago Número:                                                                                                                                           | 9991388215                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                         |                    | Comprobante de pago Número:             | 9991388215                                                                                                   |                                         |         |
|                                    | Fecha de pago:                                                                                                                                                        | 9 de enero de 2025                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                         |                    | Fecha de pago:                          | 9 de enero de 2025                                                                                           |                                         |         |
|                                    |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                         |                    | Pensionado:                             | SI: <input type="checkbox"/>                                                                                 | NO: <input checked="" type="checkbox"/> |         |
| SOLICITUD DE PAGO                  |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                         |                    | Certificación:                          | SI: <input type="checkbox"/>                                                                                 | NO: <input checked="" type="checkbox"/> |         |
|                                    |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                         |                    | Persona Jurídica:                       | Anexa Certificación del Revisor Fiscal: SI: <input type="checkbox"/> NO: <input checked="" type="checkbox"/> |                                         |         |
|                                    |                                                                                                                                                                       | Certifico que las actividades se están ejecutando conforme a lo establecido en el contrato, que el contratista cumplió con los pagos de seguridad social en salud y pensión conforme a las normas vigentes, los soportes de estos pagos fueron revisados y cotejados con los originales y corresponden a este contrato, por lo tanto autorizo el pago. |                                         |                    |                                         |                                                                                                              |                                         |         |
| Anexos: Copia de aporte a pensión  |                                                                                                                                                                       | SI: <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | NO: <input checked="" type="checkbox"/> | Cuenta de Cobro    | SI: <input checked="" type="checkbox"/> | NO: <input type="checkbox"/>                                                                                 |                                         |         |
| Copia de aporte a salud            |                                                                                                                                                                       | SI: <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | NO: <input type="checkbox"/>            |                    |                                         |                                                                                                              |                                         |         |
| FIRMA CONTRATISTA                  |                                                                                                                                                                       | FIRMA SUPERVISOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                         |                    |                                         |                                                                                                              |                                         |         |
| ORLANDO MANUEL HERNÁNDEZ JARAMILLO |                                                                                                                                                                       | ISAURA CASTRO VASQUE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                         |                    |                                         |                                                                                                              |                                         |         |
| CC 77.030.815                      |                                                                                                                                                                       | CARGO: SUBGERENTE CIENTIFICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                         |                    |                                         |                                                                                                              |                                         |         |

