

	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 YEISON MANUEL GALLEGO ALVAREZ identificado con C.C. 1082856227

Fecha de Diligenciamiento: 2025-04-28

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:	CD20250416	RP:	943	CDP:	2
--------------	------------	-----	-----	------	---

VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	5.700.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	2.100.000,00
---------------------------	--------------	------------------------------	--------------

FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2025-01-17	FECHA DE FINALIZACION:	2025-03-31
---------------------------	------------	------------------------	------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	NINA VANESSA DIAZ ACOSTA
------------------------	--------------------------

UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA
--	--------------------------------

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

CDP - ADICION:	277	RP - ADICION:	1617	VALOR CONTRATO CON ADICION:	600.000,00
----------------	-----	---------------	------	-----------------------------	------------

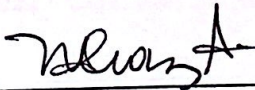
III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

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 Marzo

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES



 NINA VANESSA DIAZ ACOSTA
 36727527
 UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA

Yeison

YEISON MANUEL GALLEGO ALVAREZ
1082856227
LA ROSALIA MANZAN O CASA 1 ETAPA 1
3145393862
YEISONGALLEGO144@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	2025-04-28		
NOMBRES Y APELLIDOS:	YEISON MANUEL GALLEGO ALVAREZ		
DOCUMENTO:	1082856227		
DIRECCIÓN:	LA ROSALIA MANZAN O CASA 1 ETAPA	TELÉFONO:	3145393862
CORREO ELECTRONICO:	YEISONGALLEGO144@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:	CD20250416						
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:	943	CDP:	2	FECHA INICIO:	2025-01-17	FECHA FINAL:	2025-03-31
VALOR CONTRATO:	5.700.000,00	VALOR A PAGAR:	2.100.000,00	<input checked="" type="checkbox"/>			
BANCO A CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	91272793510		
CDP - ADICION:	277	RP - ADICION:	1617	VALOR ADICION:	600.000,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	Marzo						

FIRMA

Yeison Gallego
YEISON MANUEL GALLEGO ALVAREZ
C.C. 1082856227 expedida en SANTA MARTA

 <p>HJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENÉZ BARRENECHE</p>	<p>ACTA FINAL</p>	<p>CODIGO: GJC26F VERSION: 002 FECHA ULTIMA DE REVISION: 12/12/2024 PAGINA 1 de 1</p>
--	--------------------------	---

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. 'CD20250416 DEL 2025

NO. DEL CONTRATO	'CD20250416 DEL 2025
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	YEISON MANUEL GALLEGO ALVAREZ
NO. DE IDENTIDAD	1082856227
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	\$5.700.000 CINCO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS
FORMA DE PAGO	El HJMB cancelará al CONTRATISTA en un (3) pago por valor de (\$1.900.000), c/u 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 el 31 de MARZO de 2025
CDP	2
REGISTRO PRESUPUESTAL	277
FECHA DE ACTA DE INICIO	17 de Enero 2025
FECHA DE TERMINACION CONTRATO	31 de marzo 2025
ADICION	
CDP DE LA ADICION	943
REGISTRO PRESUPUESTAL DE LA ADICION	1671
PLAZO ADICION	N/A
FORMA DE PAGO ADICION	El HJMB cancelará al CONTRATISTA en un (3) pago por valor de (\$200.000), c/u 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
FECHA DE TERMINACION DE CONTRATO CON ADICION.	31 DE MARZO 2025
VALOR ADICION	\$600.000
VALOR FINAL DEL CONTRATO	\$6.300.000
SUPERVISOR DEL CONTRATO	NINA VANEZA DIAZ ACOSTA

Entre los suscritos, NINA VANEZA DIAZ ACOSTA, mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía 36727527 expedida en Santa Marta, obrando en calidad de **UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA**, quien actúa como supervisor del contrato 'CD20250416 por otra parte YEISON MANUEL GALLEGO ALVAREZ, identificado con la cedula de ciudadanía No. 1082856227 en su condición de contratista se reunieron para firmar acta de finalización de contrato.

Por último el hospital se declara que no existe emolumento alguno entre las partes y con todo concepto respecto de las obligaciones mutuas pactadas en el contrato prestación de servicios en referencia.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta a los 31 días, del mes de MARZO del año 2025.

SUPERVISOR
Nina Vanéza Díaz Acosta
NINA VANEZA DIAZ ACOSTA
36727527

CONTRATISTA,
Yeison Gallego
YEISON MANUEL GALLEGO ALVAREZ
1082856227



FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO

CODIGO G.C.23F
VERSION 003
FECHA DE ULTIMA REVISION
12/08/2024
PAGINA 1 de 1CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y
YEISON MANUEL GALLEGO ALVAREZ

CON C.C N° 1082856227

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.

CD20250416

DE FECHA INICIO

17/01/2025

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 | DESCRIPCION |
|------|--|
| 1 | Recibir y entregar turno de acuerdo a la guía institucional |
| 2 | Cumplir con el desarrollo y el cuidado de actividades en el área asistencial que comprenden los servicios de hospitalización, medicina interna, hospitalización quirúrgica, hospitalización neurocirugía, hospitalización pediátrica, hospitalización ginecológica, unidad de cuidados intensivos (neonatal, pediátrica y adulto) y en todos los servicios hospitalarios que se requieran para que adelante los procesos de traslado de pacientes para los diferentes servicios hospitalarios tales como |
| 3 | 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 | Asistir a capacitaciones, programa de formación continua, y apropiación de proceso de inducción y reinducción |
| 5 | Realizar aspsia diaria y semanal de la silla de rueda y camilla en el piso asignado en el turno |
| 6 | Atender a los pacientes en los diferentes traslados con trato humanizado en el turno |
| 7 | Reporte anomalía al jefe inmediato a cargo del área del servicio asignado
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 |
| 8 | estefuncionario. |

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	4592472744	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	25/3/2024	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	25/3/2024	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	25/3/2024	\$ 34.700

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

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

FIRMA DEL CONTRATISTA:

N°. IDENTIFICACIÓN:

Yeison Gallego

C.C: 1082856227



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
TIPO IDENTIFICACIÓN: NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: CIUDAD/MUNICIPIO: DIRECCIÓN: TIPO APORTANTE: TIPO EMPRESA: FORMA DE PRESENTACIÓN: APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	CÉDULA DE CIUDADANÍA SANTA MARTA DEPARTAMENTO: SANTA MARTA CLASE APORTANTE: PRIVADA UNICO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: YEISON MANUEL GALLEGO ALVAREZ MAGDALENA 9999999 INDEPENDIENTE Comercio al por mayor de computadores, equipo per	1082856227	NÚMERO PLANILLA: PERIODO COTIZACIÓN OTROS DÍAS DE MORA: FECHA PAGO (aaaa/mm/aa):	MES febrero AÑO 2025	4592472744 18 2025/03/25	TIPO DE PLANILLA: PERIODO COTIZACIÓN SALUD: NÚMERO AUTORIZACIÓN:	MES febrero AÑO 2025	I-INDEPENDIENTES 2025 9992105377

ADMINISTRADORA		TOTAL APORTES A PENSIÓN										TOTAL	
CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		APORTES		MORA	VALOR PAGADO
230301	PORVENIR	1	\$ 227.800	EMPLEADOR \$ 0	COTIZANTE \$ 0	SOLIDARIDAD \$ 0	SUBSISTENCIA \$ 0	COTIZACIÓN \$ 2.600	FSP \$ 0	APORTES \$ 227.800	MORA \$ 2.600		\$ 230.400
SUBTOTALES:										\$ 227.800	\$ 2.600		\$ 230.400

ADMINISTRADORA		TOTAL APORTES A SALUD										TOTAL				
CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		APORTES		DESCUENTO	VALOR PAGADO
			NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA		
EPS002	SALUD TOTAL	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 178.000	\$ 0	\$ 2.100	\$ 0	\$ 178.000	\$ 2.100	\$ 0	\$ 180.100
SUBTOTALES:									\$ 178.000		\$ 2.100		\$ 178.000	\$ 2.100		\$ 180.100

ADMINISTRADORA		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES										TOTAL				
CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		PAGO A OTROS RIESGOS		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		APORTES		DESCUENTO	VALOR PAGADO
			NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA		
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A.	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 34.700	\$ 0	\$ 400	\$ 0	\$ 34.700	\$ 400	\$ 0	\$ 35.100
SUBTOTALES:									\$ 34.700		\$ 400		\$ 34.700	\$ 400		\$ 35.100

DATOS DEL COTIZANTE										LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES										PARAFISCALES															
N° IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	CÓDIGO OMBANDO	EXTRAJERADO	INDUSTRIAL	NOVEDADES	ADMIN	PENSIÓN				SEGURIDAD SOCIAL				SALUD				ARP				PARAFISCALES								
											IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	ADMIN	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE						
CC	GALLEGO ALVAREZ YEISON MANUEL	INDEPENDIENTE		\$ 1.423.500						230301-PORVENIR	30	1.423.500	\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 227.800	PS002-SALUD TOTAL	30	1.423.500	\$ 178.000	\$ 0	\$ 178.000	14-23-POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A.	30	1.423.500	\$ 108285622	\$ 34.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL PAGADO: \$ 445.600

Planilla Pagada

