HJMB JULIO MENDEZ BARRENECHE	FORMATO INFORME DE SUPERVISOR	Código: GJC22F	Versión: 1
		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/01/202	

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y MARCOS AURELIO MORALES PALACIO identificado con C.C. 85457398

Fecha de Diligenciamiento:	2025-07-30

I. DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

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

N° CONTRATO:	CD20252544	RP:	3498	CDP:	971
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	2.100.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:			2.100.000,0
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2025-07-02	FECHA DE FINALIZACION:			2025-07-31
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MILCIADES OSORIO SANCHEZ				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACIÓN Y CUIDAD CRÍTICO				

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 sea 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 e 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 c 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 a periodo del mes de Julio

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

MILCIADES OSORIO SANCHEZ
8742789
UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADO CRÍTICO

ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20252544 DEL 2025

NO. DEL CONTRATO	**CD20252544** DEL 2025
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPIAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**MARCOS AURELIO MORALES PALACIO**
NO. DE IDENTIDAD	85457398
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR TRASLADO PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	DOS MILLONES CIEN MIL PESOS M/l ($DOS MILLONES CIEN MIL PESOS M/l)
FORMA DE PAGO	EL HUJMB cancelará al CONTRATISTA 1 cuota, por valor de DOS MILLONES CIEN MIL PESOS M/l. ($2.100.000), de conformidad con el informe de la ejecución de las actividades contractuales realizadas, previa certificación de cumplimiento expedida por parte del supervisor del contrato.
PLAZO DE EJECUCIÓN	Previa legalización del contrato sin exceder 31 de julio de 2025.
CDP	971
REGISTRO PRESUPUESTAL	3498
SUPERVISOR DEL CONTRATO	PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL HOSPITALIZACION Y CUIDADO CRÍTICO

Entre los suscritos, **MILCIDADES OSORIO SANCHEZ**, mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **8.742.789**, obrando en calidad de **PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL HOSPITALIZACION Y CUIDADO CRITICO** quien actúa como supervisor del contrato **CD20252544** por otra parte **MARCOS AURELIO MORALES PALACIO**, 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 2 Días, del mes de JULIO del año 2025.

SUPERVISOR,

MILCIDADES OSORIO SANCHEZ
C.C 8.742.789

CONTRATISTA,

MARCOS AURELIO MORALES PALACIO
CC 85457398

Proyecto: María Camila De Alba
Profesional Administrativo Enfermeria

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

MARCOS AURELIO MORALES PALACIO

CON C.C Nº 85,457,398

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.	**CD20252544**	**DE FECHA INICIO**	**2/7/2025**

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 específicas del objeto del contrato)
1	Recibi 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 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:	**4609842731**	**OPERADOR:**	**SOI**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**COOSALUD**	**23/7/2025**	**178.000**
PENSIÓN:	**COLFONDOS**	**23/7/2025**	**227.800**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**23/7/2025**	**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
(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:	Marcos Morales P.
N°. IDENTIFICACIÓN:	**CC: 85,457,398**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	85457398
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARCO AURELIO MORALES PALACIOS
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	SANTA MARTA	TELÉFONO:	4000000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4609842731**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES junio AÑO 2025			PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES junio AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	1				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/07/23			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9993418131

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
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 200	$ 0	$ 227.800	$ 200	$ 228.000
SUBTOTALES:										**$ 227.800**	**$ 200**	**$ 228.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
ESSC24	ESSC24-COOSALUD ESS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 200	$ 0	$ 178.000	$ 200	$ 0	$ 178.200
SUBTOTALES:													**$ 178.000**	**$ 200**	**$ 0**	**$ 178.200**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO 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	$ 34.700	$ 34.700	$ 100	$ 0	$ 34.800
SUBTOTALES:									**$ 34.700**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 34.800**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES						
																												PENSIÓN									SALUD						ARP																	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	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	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 85457398	MORALES PALACIOS MARCO AURELIO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.423.500				NO																		231001-COLFONDOS	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	ESSC24-COOSALUD ESS	30	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500	85457398	$ 34.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 441.000

Planilla Pagada

HJMB ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	**ACTA FINAL**	CODIGO: GJC26F VERSION: 002 FECHA ULTIMA DE REVISION: 12/12/2024 PAGINA 1 de 1

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20252544 DEL 2025

NO. DEL CONTRATO	CD20252544 DEL 2025
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	MARCOS AURELIO MORALES PALACIO
NO. DE IDENTIDAD	85457398
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE TRASLADO PARA REALIAZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	DOS MILLONES CIEN MIL PESOS M/L. ($2.100.000)
FORMA DE PAGO	El HUJMB cancelará al CONTRATISTA 1 cuota, por valor de DOS MILLONES CIEN MIL PESOS M/L. ($2.100.000), de conformidad con el informe de la ejecución de las actividades contractuales realizadas, previa certificación de cumplimiento expedida por parte del Supervisor del contrato
PLAZO DE EJECUCIÓN	Previa legalización del contrato sin exceder 31 de JULIO de 2025.
CDP	971
REGISTRO PRESUPUESTAL	3498
FECHA DE ACTA DE INICIO	1 DE JULIO DE 2025
FECHA DE TERMINACION CONTRATO	31 DE JULIO DE 2025
ADICION	
CDP DE LA ADICION	N/A
REGISTRO PRESUPUESTAL DE LA ADICION	N/A
PLAZO ADICION	N/A
FORMA DE PAGO ADICION	N/A
FECHA DE TERMINACION DE CONTRATO CON ADICION.	N/A
VALOR ADICION	N/A
VALOR FINAL DEL CONTRATO	N/A
SUPERVISOR DEL CONTRATO	PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL HOSPITALIZACION Y CUIDADO CRITICO

Entre los suscritos, **MILCIADES OSORIO SANCHEZ**, mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **CC.8.742.789,** expedida en Santa Marta, obrando en calidad de **PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL HOSPITALIZACION Y CUIDADO CRITICO**, quien actúa como supervisor del contrato **CD20252544** por otra parte MARCOS AURELIO MORALES PALACIO, identificado con la cedula de ciudadanía No. **85457398** 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 en el mes de **JULIO** del año **2025.**

SUPERVISOR,

MILCIADES OSORIO SANCHEZ

CC. 8.742.789

Proyecto: Maria Camila De Alba
Profesional Administrativo Enfermeria

CONTRATISTA,

MARCOS AURELIO MORALES PALACIO
85457398

COPIA

Powered by CamScanner