



FORMATO INFORME DE SUPERVISOR

Código: GJC22F

Versión: 1

FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 15/01/2024

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

Fecha de Diligenciamiento: 2025-08-28

I. DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

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.				
N° CONTRATO:	CD20253290	RP:	4277	CDP:	1106
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	4.200.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	2.100.000,00		
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2025-08-08	FECHA DE FINALIZACION:	2025-09-30		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MILCIADES OSORIO SANCHEZ				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADO CRÍTICO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR CONTRATO CON ADICION:	0,00
----------------	-----	---------------	-----	-----------------------------	------

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

1613

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 Agosto

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

MILCIADES OSORIO SANCHEZ

8742789

UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADO CRÍTICO

MARCOS AURELIO MORALES PALACIO  
85457398  
CARRERA 24 N 11 B 36 BARRIO JUAN XXLLL  
3157375080  
MARCOSMPAL@HOTMAIL.COM

## CUENTA DE COBRO

### DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	2025-08-28		
NOMBRES Y APELLIDOS:	MARCOS AURELIO MORALES PALACIO		
DOCUMENTO:	85457398		
DIRECCIÓN:	CARRERA 24 N 11 B 36 BARRIO JUAN X	TELÉFONO:	3157375080
CORREO ELECTRONICO:	MARCOSMPAL@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:	CD20253290						
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.						
RP:	4277	CDP:	1106	FECHA INICIO:	2025-08-08	FECHA FINAL:	2025-09-30
VALOR CONTRATO:	4.200.000,00	VALOR A PAGAR:	2.100.000,00	<input checked="" type="checkbox"/>			
BANCO A CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	550488420987510		
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00	<input type="checkbox"/>	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	Agosto						

FIRMA

  
MARCOS AURELIO MORALES PALACIO  
C.C. 85457398 expedida en SANTA MARTA

**ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20253290 DEL 2025**

<b>NO. DEL CONTRATO</b>	CD20253290 DEL 2025
<b>NOMBRE DEL CONTRATANTE</b>	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
<b>NOMBRE DEL CONTRATISTA</b>	<b>MARCOS AURELIO MORALES PALACIO</b>
<b>NO. DE IDENTIDAD</b>	85457398
<b>OBJETO DEL CONTRATO</b>	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.
<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>	CUATRO MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/L. (\$4.200.000)
<b>FORMA DE PAGO</b>	EL HUMB cancelará al CONTRATISTA, 2 cuotas, por valor de DOS MILLONES CIENTO 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
<b>PLAZO DE EJECUCIÓN</b>	Prevía legalización del contrato sin exceder 30 de septiembre de 2025.
<b>CDP</b>	1106
<b>REGISTRO PRESUPUESTAL</b>	4277
<b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b>	<b>PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADO CRÍTICO</b>

Entre los suscritos, **MILCIADES OSORIO SANCHEZ**, mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **8.742.789**, obrando en calidad de **PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADO CRÍTICO** quien actúa como supervisor del contrato **CD20253290** 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 8 Días, del mes de AGOSTO del año 2025.

SUPERVISOR,

**MILCIADES OSORIO SANCHEZ**  
 C.C 8.742.789

CONTRATISTA,

**MARCOS AURELIO MORALES PALACIO**  
 CC 85457398

Proyecto: María Camila De Alba  
 Profesional Administrativo Enfermería



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. CD20253290 DE FECHA INICIO 8/8/2025

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)

1	Recibi y entregue turno de acuerdo a la guía institucional.
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 guía institucional.

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	4614435913	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COOSALUD	21/8/2025	178.000
PENSIÓN:	COLFONDOS	21/8/2025	227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	21/8/2025	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.*

Nº. IDENTIFICACIÓN: CC: 85,457,398

## PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA							
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	85457398	NÚMERO PLANILLA:	<b>4614435913</b>		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES			
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MARCO AURELIO MORALES PALACIOS	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES	julio AÑO	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	julio AÑO	2025
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	TELÉFONO:	4000000	DÍAS DE MORA:	0						
DIRECCIÓN:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/08/21		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9993728981			
TIPO APORTANTE:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per								
TIPO EMPRESA:	ÚNICO										
FORMA DE PRESENTACIÓN:											
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO										

TOTAL APORTES A PENSIÓN													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
231001	231001-COLFONDOS	1	\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	\$ 227.800
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 227.800</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 227.800</b>

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
ESSC24	ESSC24-COOSALUD ESS	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 178.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 178.000	\$ 0	\$ 0	\$ 178.000
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 178.000</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 178.000</b>	

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	\$ 0	\$ 34.700	\$ 34.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 34.700	
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 34.700</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 34.700</b>

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																				
DATOS DEL COTIZANTE														NOVEDADES														SEGURIDAD SOCIAL														PARAFISCALES										
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TAE	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN				SALUD				ARP				CCF					SEN	ICBF	ESAP	MINEDU							
																									ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	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	ADMIN
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	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	\$ 0	\$ 0

**TOTAL PAGADO: \$ 440.500**