



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 LUIS RAMON VASQUEZ RODRIQUEZ identificado con C.C. 85457620

Fecha de Diligenciamiento: 2025-02-26

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:	CD20250403	RP:	613
		CDP:	2
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	5.700.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	2.300.000,00 ✓
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2025-01-08	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:	264	RP - ADICION:	1604	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 Febrero

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

NINA VANESSA DIAZ ACOSTA
36727527
UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA



LUIS RAMON VASQUEZ RODRIQUEZ

85457620

KRA7#4-62

3044323192

VALASQUEZLUISRAMON805@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

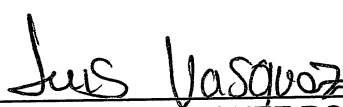
Fecha de Diligenciamiento:	2025-02-26		
NOMBRES Y APELLIDOS:	LUIS RAMON VASQUEZ RODRIQUEZ		
DOCUMENTO:	85457620		
DIRECCIÓN:	KRA7#4-62	TELÉFONO:	3044323192
CORREO ELECTRONICO:	VALASQUEZLUISRAMON805@GMAIL.COM		

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:	CD20250403						
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:	613	CDP:	2	FECHA INICIO:	2025-01-08	FECHA FINAL:	2025-03-31
VALOR CONTRATO:	5.700.000,00		VALOR A PAGAR:	2.300.000,00		✓	
BANCO A CONSIGNAR:	davivienda		TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	116800031076	
CDP - ADICION:	264	RP - ADICION:	1604	VALOR ADICION:	600.000,00		✓
PERIODO OBJETO DE COBRO:	Febrero						

FIRMA


LUIS RAMON VÁSQUEZ RODRIQUEZ
C.C. 85457620 expedida en SANTA MARTA



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

Luis Ramón Vasquez Rodríguez

CON C.C N°: 85457620

I. INFORMACIÓN 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. CD20250406 DE FECHA INICIO 08/01/2025

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)

1. Obrar con diligencia y el cuidado necesario en los asuntos que se asigna el supervisor de la orden.
2. Cumplir con el desarrollo de actividades en el área asistencial que comprende los servicios de hospitalización medicina interna, hospitalización quirúrgica, hospitalización neurocirugía, hospitalización pediatría, hospitalización ginecología, unidad de cuidados intensivos, (neonatal, pediátrica y adulto) y en todos los servicios Hospitalarios que se requieran para que adelante los procesos de traslado del paciente para los diferentes servicios hospitalarios tales como: Imagenología, Ecografías, Unidad de
3. 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 este funcionario c) cumplir con los turnos programados por la
4. Recibir y entregar turno de acuerdo a la guía institucional.

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	4587409171	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	CAJACOPI	04/02/2025	208.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	04/02/2025	162.500
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	04/02/2025	24.900

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:

N°. IDENTIFICACIÓN:

85457620

**PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACION APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL**



DATOS GENERALES DEL APORTANTE: CÉDULA DE CIUDADANÍA: SANTA MARTA DEPARTAMENTO: SANTA MARTA DEPARTAMENTO: NOMBRE O NOMBRE: SANTA MARTA DEPARTAMENTO: SANTA MARTA DEPARTAMENTO: DIRECCIÓN: 02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE: ACTIVIDAD ECONOMICA: TIPO APORTANTE: PUNTO ÚNICO REPRESENTACIÓN: APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SEMA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SEMA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA: TIPO DE PLANILLA: 487409171 TIPO DE PLANILLA: 2025 PERIODO COTIZACIÓN SALUD: 2025/02/04 PERIODO COTIZACIÓN SALUD: 2025 MES: enero AÑO: 2025 MES: enero AÑO: 2025 NÚMERO PLANILLA: 65457620 NÚMERO PLANILLA: 65457620 DÍAS DE MORA: 0 DÍAS DE MORA: 0 FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): 2025/02/04 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9891897829	
--	--	---	--

CÓDIGO	25-14 COLPENSIONES	ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL APORTES A PENSIÓN		TOTAL APORTES VOLUNTARIOS		TOTAL APORTES A PENSIÓN		TOTAL APORTES VOLUNTARIOS		TOTAL APORTES A PENSIÓN		TOTAL APORTES VOLUNTARIOS		TOTAL APORTES A PENSIÓN		TOTAL APORTES VOLUNTARIOS				
				No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	MORA	FSP	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	MORA	APORTES	MORA	APORTES	MORA	APORTES	MORA
				1	\$ 227,800			\$ 0		\$ 0			\$ 0		\$ 0			\$ 0		\$ 0	\$ 227,800	\$ 227,800
SUBTTOTALES:																						

CÓDIGO	CF656-CAJACOP EPS S.A.S	ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A SALUD				
				No. COTIZANTES	VALOR	LIQUIDACION	VALOR	LIQUIDACION	VALOR	LIQUIDACION	VALOR	LIQUIDACION	VALOR	LIQUIDACION	VALOR	LIQUIDACION	VALOR	LIQUIDACION	VALOR	LIQUIDACION	DESCUENTO	VALOR PAGADO
				1	\$ 178,000	\$ 0	\$ 178,000	\$ 0	\$ 178,000	\$ 0	\$ 178,000	\$ 0	\$ 178,000	\$ 0	\$ 178,000	\$ 0	\$ 178,000	\$ 0	\$ 178,000	\$ 0	\$ 178,000	\$ 178,000
SUBTTOTALES:																						

CÓDIGO	14-35 POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A SALUD				
				No. COTIZANTES	VALOR	LIQUIDACION	VALOR	LIQUIDACION	VALOR	LIQUIDACION	VALOR	LIQUIDACION	VALOR	LIQUIDACION	VALOR	LIQUIDACION	VALOR	LIQUIDACION	VALOR	LIQUIDACION	DESCUENTO	VALOR PAGADO
				1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 34,700
SUBTTOTALES:																						

Nº IDENTIFICACION	NOMBRE	TIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SALARIO BÁSICO	SALARIO BÁSICO	PENSIÓN		SEGURIDAD SOCIAL		SEGURIDAD SOCIAL		SEGURIDAD SOCIAL		SEGURIDAD SOCIAL		SEGURIDAD SOCIAL		SEGURIDAD SOCIAL		SEGURIDAD SOCIAL		SEGURIDAD SOCIAL	
						ADMIN	IBC	ADMIN	IBC	ADMIN	IBC	ADMIN	IBC	ADMIN	IBC	ADMIN	IBC	ADMIN	IBC	ADMIN	IBC	ADMIN	IBC
05457620	VASQUEZ, INDEPENDIENTE	25-14 COLPENSIONES	\$ 1,422,500	\$ 1,422,500	\$ 1,422,500	\$ 227,800	\$ 227,800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
TOTAL																							

TOTAL \$ 440.500