



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: 2025-05-30

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: CD20251668 RP: 2526 GDP: 542

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: 4.200.000,00 VALOR DE HONORARIOS PERIODO: 2.100.000,00

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 2025-04-14 FECHA DE FINALIZACION: 2025-06-30

NOMBRE DEL SUPERVISOR: NINA VANESSA DIAZ ACOSTA

UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

CDP - ADICION: 816 RP - ADICION: 3062 VALOR CONTRATO CON ADICION: 2.100.000,00

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 Mayo

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:	2025-05-30		
NOMBRES Y APELLIDOS:	LUIS RAMON VASQUEZ RODRIQUEZ		
DOCUMENTO:	85457620		
DIRECCION:	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:	CD20251668						
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:	2526	CDP:	542	FECHA INICIO:	2025-04-14	FECHA FINAL:	2025-06-30
VALOR CONTRATO:	4.200.000,00		VALOR A PAGAR:	2.100.000,00			
BANCO A CONSIGNAR:	davivienda		TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	116800031076	
CDP - ADICION:	816	RP - ADICION:	3062	VALOR ADICION:	2.100.000,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	Mayo						

FIRMA


LUIS RAMON VASQUEZ 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. 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.	CD20251668	DE FECHA INICIO	14/04/2025

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	1. Obrar con diligencia y el cuidado necesario en los asuntos que se asigne el supervisor de la orden.
2	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 servicios hospitalarios 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
3	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	4. Recibir y entregar turno de acuerdo a la guía institucional.

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	ENTIDAD	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	CAJACOPI	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COLPENSIONES	07/05/2025	208.000
PENSIÓN:	POSITIVA	07/05/2025	62.500
RIESGOS LABORALES:			24.900

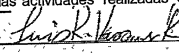
IV. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- 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 AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE:
 CÉDULA DE CIUDADANÍA: 8507620
 NÚMERO PLANILLA: 4601265126
 TIPO DE PLANILLA: INDEPENDIENTES
 PERÍODO COTIZACIÓN: 2025
 MES: 05
 AÑO: 2025
 DÍA: 07
 COTIZACIÓN OTROS: 20250507
 FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): 20250507
 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 20250507

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA:
 NÚMERO PLANILLA: 4601265126
 TIPO DE PLANILLA: INDEPENDIENTES
 PERÍODO COTIZACIÓN: 2025
 MES: 05
 AÑO: 2025
 DÍA: 07
 COTIZACIÓN OTROS: 20250507
 FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): 20250507
 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 20250507

TOTAL APORTES A PENSION:		TOTAL APORTES A SALUD:		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES:	
APORTES VOLUNTARIOS	EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS	EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS	EMPLEADOR
\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
TOTAL APORTES A PENSION: \$ 227.800		TOTAL APORTES A SALUD: \$ 178.000		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES: \$ 178.000	

TOTAL APORTES A PENSION:		TOTAL APORTES A SALUD:		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES:	
APORTES VOLUNTARIOS	EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS	EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS	EMPLEADOR
\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
TOTAL APORTES A PENSION: \$ 227.800		TOTAL APORTES A SALUD: \$ 178.000		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES: \$ 178.000	

TOTAL APORTES A PENSION:		TOTAL APORTES A SALUD:		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES:	
APORTES VOLUNTARIOS	EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS	EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS	EMPLEADOR
\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
TOTAL APORTES A PENSION: \$ 227.800		TOTAL APORTES A SALUD: \$ 178.000		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES: \$ 178.000	

TOTAL APORTES A PENSION:		TOTAL APORTES A SALUD:		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES:	
APORTES VOLUNTARIOS	EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS	EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS	EMPLEADOR
\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
TOTAL APORTES A PENSION: \$ 227.800		TOTAL APORTES A SALUD: \$ 178.000		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES: \$ 178.000	

TOTAL APORTES A PENSION:		TOTAL APORTES A SALUD:		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES:	
APORTES VOLUNTARIOS	EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS	EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS	EMPLEADOR
\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
TOTAL APORTES A PENSION: \$ 227.800		TOTAL APORTES A SALUD: \$ 178.000		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES: \$ 178.000	

TOTAL PAGADO: \$ 440.500

TOTAL APORTES A PENSION:		TOTAL APORTES A SALUD:		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES:	
APORTES VOLUNTARIOS	EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS	EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS	EMPLEADOR
\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
TOTAL APORTES A PENSION: \$ 227.800		TOTAL APORTES A SALUD: \$ 178.000		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES: \$ 178.000	