	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
JESUS DANIEL CAMPO CUELLO identificado con C.C. 1235239509**

Fecha de Diligenciamiento: 2026-04-27

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:	CD20261371	RP:	2151	CDP:	437
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	7.800.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	2.600.000,00		
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2026-03-19	FECHA DE FINALIZACION:	2026-05-31		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIZETH PAOLA CARDENAS ZAMBRANO				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA				

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 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 Abril

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES


 LIZETH PAOLA CARDENAS ZAMBRANO
 1082957906
 UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA

JESUS DANIEL CAMPO CUELLO
1235239509
AVENIDA DEL RIO NO 26B-38
3245831504
JESUSCAMPO0703@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

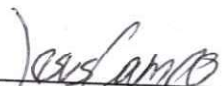
Fecha de Diligenciamiento:	2026-04-27		
NOMBRES Y APELLIDOS:	JESUS DANIEL CAMPO CUELLO		
DOCUMENTO:	1235239509		
DIRECCIÓN:	AVENIDA DEL RIO NO 26B-38	TELÉFONO:	3245831504
CORREO ELECTRONICO:	JESUSCAMPO0703@GMAIL.COM		

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que en la declaración de renta del año gravable 2025 no tomaré costos y deducciones

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° CONTRATO:	CD20261371						
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:	2151	CDP:	437	FECHA INICIO:	2026-03-19	FECHA FINAL:	2026-05-31
VALOR CONTRATO:	7.800.000,00		VALOR A PAGAR:	2.600.000,00 ✓			
BANCO A CONSIGNAR:	BANCO COLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	91234565848		
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	Abril						

FIRMA


JESUS DANIEL CAMPO CUELLO
C.C. 1235239509 expedida en SANTA MARTA

**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO**CÓDIGO: 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

JESUS DANIEL CAMPO CUELLO

CON C.C.N° 1.235.239.509

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. CD20261371 DE FECHA INICIO 19/03/2026

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	TRASLADO DE PACIENTES UCI, HOSPITALIZACION PEDIATRICA Y EN TODOS LOS SERVICIOS QUE SE REQUIERAN
2	ADELANTE LOS PROCESOS DE TRASLADO DE PACIENTE PARA DIFERENTES SERVICIOS, IMAGENOLOGIA, ECOGRAFIAS, ENDOSCOPIAS ENTRE OTRAS.
3	TRASLADO DE CADAVERES DEL SERVICIO HOSPITALARIO DONDE FALLECE A LA MORGUE DE LA ESE HJMB
4	CUMPLI TURNOS PROGRAMADOS DE ACUERDO A LOS PARAMETROS DE CALIDAD, CON SEGURIDAD Y PRECISION TECNICA
5	RECIBI Y ENTREGUE TURNOS DE ACUERDO A LA GUIA INSTITUCIONAL.
6	GARANTICE EL TRASLADO DE LOS PACIENTES DE DIFERENTES EPS DENTRO DE LA ESE. HJMB
7	ASISTIA CAPACITACIONES, PROGRAMAS DE FORMACIÓN CONTINUA, Y APROPIACIÓN DE PROCESOS DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN.
8	ATENDI A LOS PACIENTE EN LOS DIFERENTE TRASLADO CON TRATO HUMANIZADO EN EL TURNO.
9	REPORTE ANOMALIAS AL JEFE INMEDIATO A CARGO DEL AREA DEL SERVICIO ASIGNADO
10	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, PRECISION TECNICA, RACIONALIDAD, CALIDEZ, TRASN PARENCIA, CONSETIMIENTO O ALTO CONTINUO PARA ATENDER LA SALUD DE CADA UNO DE LOS

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	4648252648	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	MUTUALSER	23/04/2026	\$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	23/04/2026	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	23/04/2026	\$ 42.700

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:

N°. IDENTIFICACIÓN:

1.235.239.509

