HUMB Hospital Universitario Julio Mendez Barreneche	**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO**	**Código: GJC23F**	**Versión: 2**
		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024	
		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 27/06/2024	

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y
JAIRO ALFONSO REDONDO SOTO
CON C.C Nº 7632296

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOSPROFESIONALES COMO ENFERMERA(O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20243459**			**DE FECHA**		**6/05/2024**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$6.200.000			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:**		$3.100.000
Nº PAGO / Nº DE INFORME::	2 DE 2		**Nº CRP:**	3896	**Nº CDP:**	510
PLAZO DEL CONTRATO	(2) DOS MES(ES)		**FECHA DEL ACTA DE INICIO:**	06/05/2024		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	AURA ESTELLA DAZA PEÑA					

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	N/A	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				N/A	
VALOR ADICIONADO	N/A	**CDP DE LA ADICIÓN:**	N/A	**CRP DE LA ADICIÓN:**	N/A	**TIEMPO PRORROGADO:**	N/A

III. POLIZAS (SI APLICA)

Nº DE PÓLIZA:	N/A	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**	N/A

IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO
(Deben ser coherentes con las actividades especificas del objeto del contrato)

ITEM	
1	Planee, organice, dirigi, realice las gestiones necesarias para lograr el funcionamiento de los servicios de acuerdo a los planes y programas establecidos.
2	Soluciona los problemas detectados o comunicados; si están fuera de su alcance derivarlos al nivel jerárquico correspondiente (coordinadores de áreas)
3	Realice Rondas de Seguridad de Paciente diaria: Identificación de paciente, Venopunciones, Equipos invasivos, segregación de residuos hospitalarios, orden y aseo de los servicios
4	Supervise que la entrega y recibo de turno se realice de acuerdo al protocolo establecido por la institución.
5	Verifique la aplicación de listas de chequeo para el control en la prevención de infecciones y procesos básicos de Enfermería.
6	Vele por el cumplimiento de los protocolos, procesos y formatos de los diferentes servicios.
7	Comprobe la realización de la asepsia en los diferentes servicios y que se encuentre bien organizado los sitios de trabajo.
8	Verifique que se registren en los formatos correspondiente la asepsia, equipos biomédicos, carro de paro, kit obstétricos, bitácoras ingreso y egreso de pacientes, bitácoras de enfermería, registros de elementos de protección personal, asignación de pacientes y roles, reservas de hemoderivados, lavandería, muestras sanguíneas, etc.
9	Vigile el uso adecuado de registros de enfermería: Expediente clínico, censo, registros estadísticos, planes de asignación, rotación y otros.
10	Verifique la actualización diaria de los registros de los pacientes en el tablero con camas reservadas
11	Detecte la necesidad de material/equipo de los servicios y gestionar la adquisición.
12	Vigile la hora y la administración correcta de prescripciones médicas
13	Verifique que se cumpla con la notificación inmediata de los eventos adversos y/o incidentes que se presenten en la atención del paciente.
14	Participe en la actualización de documentos e instrumentos técnico administrativos de la unidad de Enfermería.
15	Informe al jefe inmediato de forma escrita de cualesquiera anomalías que se presente en los servicios.
16	Participe en las reuniones internas de la institución y que sean delegada por la jefe inmediata.
17	Participe en la actualización de los protocolos, guías e instructivos manejados por la institución
18	Supervise el cumplimiento en la recepción, devolución, preparación y administración de medicamentos.
19	Vigile el confort del cliente externo: Supervisar el baño diario, arreglo de la unidad, cambio de posición (prevención de ulceras por presión), Supervisar que tipo de Alimentación se está suministrando al paciente.
20	Verifique la preparación adecuada de los estudios y cirugía.
21	Verifique, realice y gestione el registro de eventos adversos, e incidentes y de infecciones intrahospitalarias presentados en el servicio.
22	Gestione de estudios diagnóstico, estudios especiales e interconsultas, etc.
23	Proporcione orientación a los estudiantes y al personal de inducción
24	Gestione oportunamente las órdenes de transfusiones indicada para cada paciente y verificación de este procedimiento
25	Verifique de la Actualización de Kardex, tarjeta de medicamentos, hoja de tratamiento, control y distribución de líquidos esté diligenciada como es debido.
26	Gestione la asignación de las camas del servicio y a otro servicio
27	verifique el registro de las curaciones de las enfermeras asistenciales
28	Asisti a las rondas médicas y de enfermería de su área para conocer el proceso de cuidado de estos pacientes.
29	Notifique daños a mantenimiento, realizar ronda conjuntamente con mantenimiento.
30	Informe por escrito, diariamente a coordinación los inconvenientes presentados en cada servicio.
31	Verifique el cumplimiento de la presentación personal de enfermería
32	Recibi y entregue turno de acuerdo a la guia institucional.
33	Asignación de pacientes, consultorios al personal de auxiliar de Enfermería y enfermera asistencial antes de la ronda de Enfermería
34	Propicione un ambiente agradable, utilizando siempre la comunicación asertiva tanto con paciente, familiar y grupo de trabajo
35	Proporcione atención de enfermería a pacientes hospitalizados según las necesidades físicas, fisiológicas, psicológicas y sociales (plan de atención de enfermería)
36	Elabore de reporte de enfermería
37	Maneje y controle el material y equipo en la atención del paciente.
38	Garantice la presencia oportuna, cuando se requieran hacer los procedimientos y labores propias del profesional en enfermería en cualquiera de los servicios de la E.S.E.
39	Cuando el paciente ingrese y en el turno nocturno, realizar el pedido de jeringa, líquidos de 100cc, y 250 cc para 24 horas dependiendo de la cantidad de dosis de medicamento que tenga el paciente, así mismo solicitar las jeringas necearias para la toma de laboratorio, la solución salina para el previo lavado pre y post para permeabilización de venopunción, equipos cuando el paciente ingrese
40	Entregue historia clínica a facturación de paciente que tengan egresos en el orden establecidos
41	Asisti a las rondas Médicas y a los especialistas y médicos generales durante los procedimientos.
42	Respondi por los daños y perjuicios en salud que se le genere a un usuario por su negligencia, omisión, descuido, olvido, exceso o cualquier otra acción imputable a su culpa. Lo que conllevara igualmente a las sanciones disciplinarias a las que tenga lugar.
43	Participe en las jornadas científicas, actividades académicas y de investigación.
44	Realice seguimiento diario de la historia clínica (evolución, ordenes médica, notas de Enfermería, etc.,) en todo lo referente a la atención y evolución de los pacientes.
45	Diligencie la Historia clínica de los pacientes cumpliendo con los parámetros establecidos en la Resolución No. 1995 de Julio 08 1.999 y demás normas legales que la complementen, sustituyan o deroguen.
46	Realice seguimiento diario de la historia clínica (evolución, ordenes médica, notas de Enfermería, etc.,) en todo lo referente a la atención y evolución de los pacientes.
47	Actualice Kardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo a los cambios efectuados por médico tratante en la evolución y ordenes médicas, en los diferentes turnos (corrido, noche) etc.
48	Participe en las juntas médicas y dejar constancia por escrito de conceptos médicos emitidos
49	Tener comunicación las 24 horas del día para su fácil localización en casos de urgencias, para lo cual deberán certificar el número telefónico.
50	Administración de medicamentos de acuerdo al protocolo institucional.
51	Solicite los productos de asepsia y Supervisar la desinfección en el servicio y registrarlo en el formato correspondiente
52	Supervisar el cuidado, conservación y reposición de batas, sabanillas, sabanas, toallas, etc.
53	Supervise y cumpli con la correcta segregación de los elementos de protección personal y manejo de ropa sucia,
54	Preste los servicios que se encuentran relacionados en el estudio de conveniencia, necesidad y oportunidad, en las cantidades que se indiquen y con las características técnicas exigidas.
55	cumpli con los turnos elaborados por la Unidad funcional de enfermería y realizar un informe de las actividades realizadas y el cumplimiento de las mismas.
56	Haci uso racional de los insumos y elementos que se encuentren dentro del stock del servicio, velando por su adecuada utilización.
57	Realice supervisión e inspección oportuna al carro de paro, equipos biomédicos con los que cuenta el servicio, hacer las respectivas anotaciones a que hallan lugar sea diaria y quincenal
58	Brinde orientación el estudiante que de acuerdo al convenio docencia-servicio tiene la institución con las universidades para el desarrollo de sus prácticas.
59	Realice la notificación oportuna de los eventos adversos, asi como incidentes que se puedan presentar con el paciente durante su estancia hospitalaria.
60	Proporcione educación y orientación a pacientes y familiares para la conservación de la salud y tratamiento médico especifico.

	FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	Código: GJC23F	Versión: 2
		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024	
		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 27/06/2024	

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y
JAIRO ALFONSO REDONDO SOTO
CON C.C Nº 7632296

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOSPROFESIONALES COMO ENFERMERA(O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20243459		DE FECHA		6/05/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$6.200.000		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:		$3.100.000
Nº PAGO / Nº DE INFORME::	2 DE 2	Nº CRP:	3896	Nº CDP:	510
PLAZO DEL CONTRATO	(2) DOS MES(ES)	FECHA DEL ACTA DE INICIO:	06/05/2024		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	AURA ESTELLA DAZA PEÑA				

62	Participe en la elaboración de manuales, procesos, horarios y procedimientos que permitan mejorar la prestación oportuna del servicio a los pacientes y usuarios de la institución.
63	Desarrolle las actividades definidas de acuerdo a contratación definido por partes con las agendas de turno y horas establecidas mensuales (192h)
64	Aplique los indicadores de Seguridad del Paciente y Humanización del Servicio.
65	Obrar con diligencia y el cuidado necesario en los asuntos que le asigne el supervisor del contrato.
66	Planifique y supervise las actividades de enfermería dentro del quirófano o puesto al que haya sido asignado
67	Respondi oportunamente a solicitudes realizadas por el Supervisor del Contrato.
68	Adherencia a protocolos, guías y procedimientos requeridos en la prestación del servicio
69	Gestionar la información, y/o documentos físicos, órdenes de procedimientos que se genere en el servicio de acuerdo a la necesidad del paciente y normatividad.
70	Apoye a los estudiantes en práctica que hagan parte de la relación docencia servicio
71	Reporte a biomédicos y mantenimiento en casos que se presente algún inconveniente con los equipos e infraestructura.
72	Verifique que el paciente que egrese se le entregue ordenes médica, epicrisis, incapacidades, resumen de procedimientos, formato de patología, controles médicos y entre otros
73	Garantice que la prestación de servicio objeto del contrato cumplan estrictamente con las características y referencias descritas en el presente documento, las cuales se deben ajustar a las normas de calidad de conformidad con lo establecido por la E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche. Adicionalmente la garantía de los servicios ofrecidos debe permitir que estos mantengan su calidad e idoneidad.
74	Cumpli con lo establecido en la resolución 3280 de 2018, de manera que se garantice la efectiva y oportuna atención definida en la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal, Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna y Estrategia Hospital Padrino, según su competencia.
75	Participe en la elaboración de documentos institucionales referentes a la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal, Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna y Estrategia Hospital Padrino.
76	Garantice la participación a las actividades referentes a la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal, Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna y Estrategia Hospital Padrino, dirigida al personal de la institución e instituciones apadrinadas.
77	Recibi Asistencia Técnica para la implementación y seguimiento de la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal, Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna y Estrategia Hospital Padrino, por parte del Ministerio de Salud o de las Instituciones Asesoras (Superpadrinos).
78	Realice seguimientos de la adherencia de guías, protocolos, procedimientos y otros establecidos en los servicios de salud, en cumplimiento de la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal, Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna y Estrategia Hospital Padrino.
79	La suspensión, cancelación y atrasos en la prestación de los servicios por incumplimiento en los turnos asignados sin justificación que ocasionen trastornos y o alteraciones en la oportunidad de la prestación del servicio, serán objeto de glosas de la orden que se genere.
80	Asistencia a capacitaciones, programas de formación continua, y apropiación de procesos de inducción y reinducción.
81	Las demás que determine el Gerente, el Supervisor y que se deriven de las necesidades de la E.S.E.

V. INFORMACION DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	4553433847	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	21/06/2024	$ 162.500
PENSIÓN:	PORVENIR	21/06/2024	$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	21/06/2024	$ 31.700

VI. 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.

VII. ANEXOS

(Cuando se marque como una de las obligaciones del contratista)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

FIRMA DEL CONTRATISTA:	Jairo Redondo Soto
Nº. IDENTIFICACIÓN:	7632296

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE	FORMATO INFORME DE SUPERVISOR	Código: GJC22F	Versión: 1
		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/01/2024	
		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:27/06/2024	

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y

JAIRO ALFONSO REDONDO SOTO

CON C.C Nº 7.632.296

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA(O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.**

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20243459**			**DE FECHA**	**6/05/2024**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$6.200.000			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:**	$3.100.000
N° PAGO / N° DE INFORME::	2 DE 2	**Nº CRP:**	3896	**N° CDP:**	510
PLAZO DEL CONTRATO	(2) DOS MESES	**FECHA DEL ACTA DE INICIO:**		**06/05/2024**	
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	4553433847	**OPERADOR:**		SOI	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	AURA ESTELLA DAZA PEÑA				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N/A	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				N/A	
VALOR ADICIONADO	N/A	**CDP DE LA ADICIÓN:**	N/A	**CRP DE LA ADICIÓN:**	N/A	**TIEMPO PRORROGADO:**	N/A

III. POLIZAS (SI APLICA)

N° DE PÓLIZA:	XX	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	XX
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**	XX

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICAQUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES DE JUNIO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	El contrato se encuentra debidamente legalizado.	X	
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.	X	
3	Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en su respectiva carpeta contractual.	X	
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.	X	

Teniendo en cuenta lo anterior, en mi calidad de supervisor doy visto bueno para el respectivo pago correspondiente al periodo N° 2 (DOS) de 2 (DOS)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	Aura Estella Daza P
N°. IDENTIFICACIÓN:	**36.541.888**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN	CEDULA DE CIUDADANIA	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	7632296
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL			JAIRO ALFONSO REDONDO SOTO
CIUDAD/MUNICIPIO	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO	MAGDALENA
DIRECCIÓN	UBR ACODIS MZ 4 CS 16	TELÉFONO	4444444
TIPO APORTANTE	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NUMERO PLANILLA	**4553433847**	TIPO DE PLANILLA	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES mayo	PERIODO COTIZACIÓN	MES	mayo	
OTROS SUBSISTEMAS	AÑO 2024	SALUD	AÑO	2024	
DIAS DE MORA	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)	2024/06/21	NUMERO AUTORIZACIÓN	9999085845		

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 208.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 208.000**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 162.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 162.500**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 31.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 31.700**

VALOR SIN MORA:	**$ 402.200**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 402.200**

CUENTA DE COBRO

DATOS DEL CONTRATISTA			
		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 27/06/2024	
NOMBRES Y APELLIDOS:	JAIRO ALFONSO REDONDO SOTO	CC:	7632296
		RUT:	7632296-0
CORREO ELECTRONICO:	jareso_28@hotmail.com	TELÉFONO DE CONTACTO: 3012298398	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Urb. Villa del mar Mz E casa 2	CIUDAD:	SANTA MARTA

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.

No tomaré costos y deducciones	(X)
Sí tomaré costos y deducciones	(____)

La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORRO	N° CUENTA:	220308035

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	CD20243459	N° RP:	3896	N° CDP:	510	PLAZO - DURACIÓN: 2 MESES
¿ADICIÓN O PRORROGA?	NO	TIEMPO PRORROGADO		NO		VALOR ADICIONADO: NO
FECHA DE INICIO CONTRATO	6/05/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		30/06/2024		VALOR DEL CONTRATO: $ 6.200.000
N° CDP (ADICIÓN):	NO	OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA(O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			
N° RP: (ADICIÓN)	NO					
¿SUSPENDIDO?	NO	FECHA DE REINICIO:		DD/MM/AAAA	NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN:	DD/MM/AAAA
VALOR TOTAL DEL CONTRATO (ADICIÓN)	N/A	PERIODO OBJETO DE COBRO:		MES DE JUNIO 2024		
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO?				$ 3.100.000		



Firma del Contratista

JAIRO ALFONSO REDONDO SOTO

CC. 7632296

E.S.E. Hospital Universitario JULIO MÉNDEZ BARRENECHE	ACTA FINAL	CÓDIGO: GJC26F VERSIÓN: 01 FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024 Página 1 de 1

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20243459 DE 2024

NO. DEL CONTRATO	**CD20243459 DE 2024**
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	JAIRO ALFONSO REDONSO SOTO
NO. DE IDENTIDAD	7632296
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA(O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	SEIS MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/C ($6.200.000)
FORMA DE PAGO	El HUJMB cancelará al CONTRATISTA 2 cuotas, por valor de TRES MILLONES CIEN MIL PESOS M/L. (3100000), de conformidad con el informe de la ejecución de las actividades contractuales realizadas, previa certificación de cumplimiento de expedida por parte del Supervisor del contrato.
PLAZO DE EJECUCIÓN	Previa legalización del contrato sin exceder 30 de junio de 2024
CDP	510
REGISTRO PRESUPUESTAL	3896
FECHA DE ACTA DE INICIO	06 DE MAYO DE 2024
FECHA DE TERMINACION CONTRATO	30 DE JUNIO DE 2024
SUPERVISOR DEL CONTRATO	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA

Entre los suscritos, **AURA STELLA DAZA PEÑA,** mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **CC. 36541888,** expedida en Santa Marta, obrando en calidad de Profesional Especializado Unidad Enfermería, quien actúa como supervisor del contrato **CD20243459,** por otra parte JAIRO ALFONSO REDONSO SOTO, identificado con la cedula de ciudadanía No. 7632296 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 a los **30** días, del mes de **JUNIO** del año **2024**.

SUPERVISOR

AURA STELLA DAZA PEÑA
CC. 36541888

CONTRATISTA

JAIRO ALFONSO REDONSO SOTO
CC. 7632296

COPIA CONTROLADA