E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA	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

BEATRIZ PEDRAZA NARANJO

CON C.C Nº 36554400

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20251520**	**DE FECHA INICIO**	**23/04/2025**

ITEM	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	Garantizé mi presencia oportuna siempre que se requirió para realizar los procedimientos y labores propias del auxiliar de enfermería en los diferentes servicios de la E.S.E.
2	Observé y reporté oportunamente los signos de alarma que presentaron mis pacientes.
3	Informé las fallas de material y equipo en los servicios al líder más cercano.
4	Participé activamente en los programas de enseñanza en servicio para el desarrollo del personal, y proporcioné orientación tanto al paciente como a sus familiares.
5	Garantizé que la prestación del servicio objeto del contrato cumpliera estrictamente con las características y referencias descritas en el documento correspondiente, ajustándome a las normas de calidad establecidas por la E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche. Además, aseguré que los servicios ofrecidos mantuvieran su calidad e idoneidad.
6	Realicé asepsia general semanal y diaria al egreso de los pacientes, registrando dicha actividad en el formato correspondiente.
7	Clasifiqué, ordené y controlé las lencerías de los servicios, coordinando la reposición de ropa y vestuario con el área de lavandería.
8	Realicé una adecuada segregación de los elementos de protección personal y de los residuos hospitalarios generados en la atención de pacientes, así como en otros procedimientos y en el manejo de ropa sucia.
9	Recibí y registré oportunamente los elementos de protección personal, asegurando su correcto uso y diligenciando adecuadamente los formatos requeridos en los servicios.
10	Desarrollé las actividades definidas según el contrato, cumpliendo con las agendas establecidas mensualmente.
11	Realicé las notas de enfermería de los pacientes asignados dentro de los tiempos reglamentarios.
12	Preparé el cuerpo del paciente fallecido y entregué a sus familiares todas sus pertenencias personales, asegurando un proceso respetuoso y conforme a los procedimientos establecidos.
13	Informé a la enfermera y al médico sobre el estado de los pacientes bajo mi competencia.
14	Realicé seguimiento a la correcta administración de medicamentos bajo la supervisión de la enfermera, garantizando el cumplimiento de los protocolos y el bienestar del paciente.
15	Ejecuté todas las actividades asignadas por el supervisor del contrato, así como las demás dispuestas por el Gerente y que respondieran a las necesidades de la E.S.E.

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**4608171289**	**OPERADOR:**	**SOI**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SALUD TOTAL**	**9/7/2025**	**$ 178,000**
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**	**9/7/2025**	**$ 227,800**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**9/7/2025**	**$ 34,700**

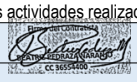
IV.DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

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:	
Nº. IDENTIFICACIÓN:	**C.C. 36554400**

HUJMB	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 BEATRIZ PEDRAZA NARANJO Identificado con C.C. 36554400

Fecha de Diligenciamiento:	2025-07-30

I. DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.

N° CONTRATO:	CD20251520	RP:	2772	CDP:	542
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	8.400.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:			2.100.000,00
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2025-04-23	FECHA DE FINALIZACION:			2025-07-31
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	EVELYN ROSA GONZALEZ ORTEGA				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE CONSULTA EXTERNA APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

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

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SATISFACTORIAMENTE

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 Julio

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

EVELYN ROSA GONZALEZ ORTEGA
36722648
UNIDAD FUNCIONAL DE CONSULTA EXTERNA APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO

BEATRIZ PEDRAZA NARANJO
36554400
CALLE 32 #4B-78
3016006750
DANAPAO-025@HOTMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2025-07-30**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	BEATRIZ PEDRAZA NARANJO		
DOCUMENTO:	36554400		
DIRECCIÓN:	CALLE 32 #4B-78	TELÉFONO:	3016006750
CORREO ELECTRONICO:	DANAPAO-025@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:	CD20251520
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.

RP:	2772	CDP:	542	FECHA INICIO:	2025-04-23	FECHA FINAL:	2025-07-31

VALOR CONTRATO:	8.400.000,00	VALOR A PAGAR:	2.100.000,00

BANCO A CONSIGNAR:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	117100078882

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

PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Julio**

FIRMA

BEATRIZ PEDRAZA NARANJO
C.C. 36554400 expedida en SANTA MARTA

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	36554400
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			BEATRIZ PEDRAZA NARANJO
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	CALLE 32 # 4 B 78	TELÉFONO:	4200000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4608171289**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES junio AÑO 2025			PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES junio AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	7				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/07/09			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9993273621

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.000	$ 0	$ 227.800	$ 1.000	$ 228.800
SUBTOTALES:										**$ 227.800**	**$ 1.000**	**$ 228.800**

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	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 800	$ 0	$ 178.000	$ 800	$ 0	$ 178.800
SUBTOTALES:													**$ 178.000**	**$ 800**	**$ 0**	**$ 178.800**

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	$ 34.700	$ 34.700	$ 200	$ 0	$ 34.900
SUBTOTALES:									**$ 34.700**	**$ 200**	**$ 0**	**$ 34.900**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES										
																										PENSIÓN									SALUD						ARP																						
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS 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	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 36554400	PEDRAZA NARANJO BEATRIZ	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.423.500				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500	36554400	$ 34.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 442.500

Planilla Pagada

HUJMB JULIO MÉNDEZ BARRENECHE	**ACTA FINAL**	CODIGO: GJC28F VERSION: 002 FECHA ULTIMA DE REVISION: 12/12/2024 PAGINA 1 de 1

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20251520 DEL 2025

NO. DEL CONTRATO	**CD20251520 DEL 2025**
NOMBRE DEL CONTRATANTE	**ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**BEATRIZ PEDRAZA NARANJO**
NO. DE IDENTIDAD	**36554400**
OBJETO DEL CONTRATO	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**OCHO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/L. ($8.400.000)**
FORMA DE PAGO	El HUJMB cancelará al CONTRATISTA en CUATRO (4) pagos equivalentes a DOS MILLONES CIEN MIL PESOS M/L ($2.100.000)C/U, de conformidad con el informe de la ejecución de las actividades contractuales realizadas, previa certificación de cumplimiento, expedida por parte del Supervisor del contrato.
PLAZO DE EJECUCIÓN	**PREVIA LEGALIZACIÓN DEL CONTRATO SIN EXCEDER EL 31 DE JULIO DE 2025.**
CDP	**No. 542**
REGISTRO PRESUPUESTAL	**No. 2772**
FECHA DE ACTA DE INICIO	**4/23/2025**
FECHA DE TERMINACION CONTRATO	**31/07/2025**
ADICION	
CDP DE LA ADICION	**N/A**
REGISTRO PRESUPUESTAL DE LA ADICION	**N/A**
PLAZO ADICION	**N/A**
FORMA DE PAGO ADICION	**N/A**
FECHA DE TERMINACION DE CONTRATO CON ADICION.	**N/A**
VALOR ADICION	**N/A**
VALOR FINAL DEL CONTRATO	**N/A**
SUPERVISOR DEL CONTRATO	PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE CONSULTA EXTERNA, APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

Entre los suscritos, **EVELYN ROSA GONZÁLEZ ORTEGA,** mayor de edad, identificado (a) con la cédula de ciudadanía número **36722648** expedida en el **Santa Marta (MAGDALENA),** obrando en calidad de PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE CONSULTA EXTERNA, APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO quien actúa como supervisor del contrato **CD20251520** por otra parte **BEATRIZ PEDRAZA NARANJO,** identificado con la cedula de ciudadanía No. **36554400** 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, en el mes de Julio del año 2025.

SUPERVISOR,

EVELYN ROSA GONZÁLEZ ORTEGA
CC 36722648

CONTRATISTA,

BEATRIZ PEDRAZA NARANJO
CC 36554400