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

ROSIRIS ROSARIO DIAZGRANADOS MARQUEZ

CON C.C Nº 36555341

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.	**CD20251554**	**DE FECHA INICIO**	**21/04/2025**

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)

ITEM	
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:	**9488114108**	**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SALUD TOTAL**	**11/7/2025**	**$ 178,000**
PENSIÓN:			
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**11/7/2025**	**$ 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:	
N°. IDENTIFICACIÓN:	**C.C. 36555341**

HJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	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 ROSIRIS ROSARIO DIAZGRANADOS MARQUEZ Identificado con C.C. 36555341

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:	CD20251554	RP:	2688	CDP:	542
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	8.400.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:			2.100.000,00
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2025-04-21	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

ROSIRIS ROSARIO DIAZGRANADOS MARQUEZ
36555341
MZ N CASA 10 CANTILITO
0000
DIAZGRANADOSROSIRIS@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	2025-07-30		
NOMBRES Y APELLIDOS:	ROSIRIS ROSARIO DIAZGRANADOS MARQUEZ		
DOCUMENTO:	36555341		
DIRECCIÓN:	MZ N CASA 10 CANTILITO	TELÉFONO:	0000
CORREO ELECTRONICO:	DIAZGRANADOSROSIRIS@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:	CD20251554
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:	2688	CDP:	542	FECHA INICIO:	2025-04-21	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:	550488443 47969
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	Julio						

FIRMA

ROSIRIS ROSARIO DIAZGRANADOS MARQUEZ
C.C. 36555341 expedida en SANTA MARTA

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 36555341		DIAZGRANADOS MARQUEZ ROSIRIS ROSARIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	mz n casa 10 barrio cantilito	SANTA MARTA-MAGDALENA	3023337347	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-06	2025-06	25183656	9488114108	I	2025/07/09	2025/07/11	BANCO DE OCCIDENTE	2	$213,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$0	$0			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$0	$0			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)					$0	$0			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
1	CC	36555341	DIAZGRANADOS ROSIRIS	0	$0	$0	EPS002	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,423,500	$34,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$0	$0			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 36555341		DIAZGRANADOS MARQUEZ ROSIRIS ROSARIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	mz n casa 10 barrio cantilito	SANTA MARTA-MAGDALENA	3023337347	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-06	2025-06	25183656	9488114108	I	2025/07/09	2025/07/11	BANCO DE OCCIDENTE	2	$213,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$100	$0	$34,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$34,700	$100	$0	$34,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$300	$0	$178,300
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$178,000	$300	$0	$178,300
TOTAL				**1**	**$212,700**	**$400**	**$0**	**$213,100**

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 900.379.759

Hace constar que:

El(La) Señor(a) **DIAZGRANADOS MARQUEZ ROSIRIS ROSARIO** identificado(a) con **CC** número **36.555.341** recibió una Devolución de Saldos de **VEJEZ**, por valor de **$ 3.328.975** generada el **27 de diciembre de 2019**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 24 de julio de 2025

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2025013019422

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

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20251554 DEL 2025

NO. DEL CONTRATO	**CD20251554 DEL 2025**
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	ROSIRIS ROSARIO DIAZGRANADOS MARQUEZ
NO. DE IDENTIDAD	36555341
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. 2688
FECHA DE ACTA DE INICIO	4/21/2025
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 CD20251554 por otra parte ROSIRIS ROSARIO DIAZGRANADOS MARQUEZ, identificado con la cedula de ciudadanía No. 36555341 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,

Rosiris Diazgranados M.

ROSIRIS ROSARIO DIAZGRANADOS MARQUEZ
CC 36555341