

	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 AMARILIS DE JESUS GARCIA ACOSTA CON C.C Nº 36.558.059			
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.		CD20251579	DE FECHA INICIO 14/04/2025
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:		4614722874	OPERADOR: SOI
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD	FECHA DE PAGO VALOR PAGADO
SALUD:		NUEVA EPS	25/07/2025 \$ 178,000
PENSIÓN:		COLPENSIONES	25/07/2025 \$ 227,800
RIESGOS LABORALES:		POSITIVA	25/07/2025 \$ 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. 36.558.059	

**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
AMARILIS DE JESUS GARCIA ACOSTA Identificado con C.C. 36558059

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 ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

Nº CONTRATO: CD20251679 RP: 2402 CDP: 542

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: 8.400.000,00 VALOR DE HONORARIOS PERIODO: 2.100.000,00

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 2025-04-14 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

AMARILIS DE JESUS GARCIA ACOSTA
36558059
CALLE 28 # 16-53 ALCAZARES
3174162924
AMARILISGARCIA380@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	2025-07-30		
NOMBRES Y APELLIDOS:	AMARILIS DE JESUS GARCIA ACOSTA		
DOCUMENTO:	36558059		
DIRECCIÓN:	CALLE 28 # 16-53 ALCAZARES	TELÉFONO:	3174162924
CORREO ELECTRONICO:	AMARILISGARCIA380@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:	CD20251579						
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:	2402	CDP:	542	FECHA INICIO:	2025-04-14	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:	550488402630989		
CDP-ADICION:	N/A	RP-ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	Julio						

FIRMA


AMARILIS DE JESUS GARCIA ACOSTA
C.C. 36558059 expedida en SANTA MARTA

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20251579 DEL 2025

NO. DEL CONTRATO	CD20251579 DEL 2025
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	AMARILIS DE JESUS GARCIA ACOSTA
NO. DE IDENTIDAD	36558059
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN 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 HUMB cancelará al CONTRATISTA en CUATRO (4) pagos equivalentes a DOS MILLONES CIENTO 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. 2402
FECHA DE ACTA DE INICIO	4/14/2025
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 CD20251579 por otra parte AMARILIS DE JESUS GARCIA ACOSTA, identificado con la cedula de ciudadanía No. 36558059 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,

CONTRATISTA,



EVELYN ROSA GONZÁLEZ ORTEGA
CC 36722648



AMARILIS DE JESUS GARCIA ACOSTA
CC 36558059

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	\$ 1.600	\$ 0	\$ 227.800	\$ 1.600	\$ 229.400
SUBTOTALES:										\$ 227.800	\$ 1.600	\$ 229.400

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
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 178.000	\$ 0	\$ 1.300	\$ 0	\$ 178.000	\$ 1.300	\$ 0	\$ 179.300
SUBTOTALES:									\$ 178.000		\$ 1.300		\$ 178.000	\$ 1.300	\$ 0	\$ 179.300

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	\$ 300	\$ 0	\$ 35.000
SUBTOTALES:									\$ 34.700	\$ 300	\$ 0	\$ 35.000

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																				
DATOS DEL COTIZANTE												NOVEDADES												SEGURIDAD SOCIAL																PARAFISCALES												
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	LWA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN				SEGURIDAD SOCIAL				SALUD				ARP				DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU			
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE			ADMIN	DÍAS COT					IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	CC 36558059	GARCIA ACOSTA AMARILIS DE JESUS	INDEPENDIENTE CONTRATO DE SERVICIOS		\$ 1.423.500			NO																		25-14 COLPENSIONES	30	1.423.500	\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 227.800	EPS037- NUEVA EPS	30	1.423.500	\$ 178.000	\$ 0	\$ 178.000	14-23- POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	1.423.500	\$ 36558059	\$ 34.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL PAGADO:	\$ 443.700
----------------------	-------------------