	<b>FORMATO INFORME DE SUPERVISOR</b>	Código: GJC22F	Versión: 1
		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/01/2024	

**CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y  
DEALBA PEREZ MARIA CAMILA identificado con C.C. 1083035934**

Fecha de Diligenciamiento: 2025-07-30

**I. DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO**

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN LA UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.		
N° CONTRATO:	CD20252428	RP:	3243
		CDP:	543
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	6.200.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	3.100.000,00
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2025-06-06	FECHA DE FINALIZACION:	2025-07-31
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MILCIADES OSORIO SANCHEZ		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADO CRÍTICO		

**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 Julio

**V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES**

  
 MILCIADES OSORIO SANCHEZ  
 8742789

UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADO CRÍTICO

DEALBA PEREZ MARIA CAMILA  
1083035934  
MZ B CASA 11 CONJ RESIDENCIAL MONTPPELLIER  
000  
CAMILADEALBA27@GMAIL.COM

## CUENTA DE COBRO

### DATOS PERSONALES

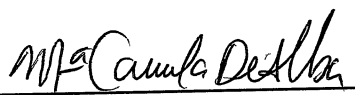
Fecha de Diligenciamiento:	2025-07-30		
NOMBRES Y APELLIDOS:	DEALBA PEREZ MARIA CAMILA		
DOCUMENTO:	1083035934		
DIRECCIÓN:	MZ B CASA 11 CONJ RESIDENCIAL MO	TELÉFONO:	000
CORREO ELECTRONICO:	CAMILADEALBA27@GMAIL.COM		

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:	CD20252428						
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN LA UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.						
RP:	3243	CDP:	543	FECHA INICIO:	2025-06-06	FECHA FINAL:	2025-07-31
VALOR CONTRATO:	6.200.000,00	VALOR A PAGAR:	3.100.000,00				
BANCO A CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	48200004821		
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	Julio						

### FIRMA

  
DEALBA PEREZ MARIA CAMILA  
C.C. 1083035934 expedida en SANTA MARTA



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

MARIA CAMILA DE ALBA PEREZ

CON C.C N° 1083035934

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN LA UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. CD20252428 DE FECHA INICIO 6/6/2025

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

1	Interactue con el cliente interno y externo.
2	Brinde información según necesidad del usuario
3	Identifique las necesidades del cliente interno y externo según políticas de la E.S.E. Hospital Universitario Fernando Troconis
4	Proyecte estudios de necesidad y oportunidad, demás temas que maneja la oficina de la Unidad Funcional Enfermería de manera oportuna, clara y completa en relación con el portafolio institucional y anuales técnicos desarrollados en un clima de cordialidad y respeto de acuerdo con protocolo institucional.
5	La información suministrada por el personal asistencial es registrada en la base de datos o sistema de información utilizado en la Institución siguiendo los requerimientos técnicos y procedimientos establecidos
6	Atendi y oriente a la persona en relación con sus necesidades y expectativas de acuerdo con políticas institucionales y normas de salud.
7	Organice y controle las actividades de su área de atención.
8	Aplique las políticas y procedimientos de autocontrol establecido por el nivel directivo de la empresa
9	Responder por los equipos y elementos que estén bajo su cuidado.
10	Diligencia de manera clara, completa y oportuna los documentos que se requieran en el desarrollo de sus actividades de conformidad con los procedimientos establecidos
11	Resolvi las inquietudes del personal asistencial utilizando sus conocimientos profesionales y así garantizar los distintos indicadores y estándares establecidos por la institución.
12	Realice la verificación de los pagos de seguridad social del personal de la unidad funcional de enfermería
13	Verifique de asistencia a las capacitaciones programadas
14	Revise diariamente los procesos de la unidad funcional de enfermería para optimizar resultados.
15	Relacione diariamente las inasistencias y mensualmente entregar a la coordinadora de la unidad Funcional de Enfermería.
16	Realizar las respectivas Notificaciones de cualquier cambio en el estado de salud que ponga en riesgo su integridad o la de terceros.
17	Desarrollar actividades utilizando las medidas de protección tanto para las actividades propias del cargo como las establecidas de manera extraordinaria para el control de la pandemia
18	participo en la elaboración de informes periódicos sobre inasistencias justificadas y no justificadas.
19	Atendi y oriente al personal de enfermería que ingresa
20	Las demás que determine el Gerente, Supervisor de la orden y aquellas que se deriven de las Necesidades de la E.S.E.

III. INFORMACION DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9488010804	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	28/7/2025	178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	28/7/2025	227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	28/7/2025	34.700

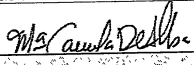
IV. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- 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° IDENTIFICACION: 1083035934

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	DV	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SEMA e ICBF
CC 1083039934		DEALBA PEREZ MARIA CAMILLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	NVA A.CASA 27 BRISAS DE LA SIERRA	SANTA MARTA-MAGDALENA	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
Pensión Salud	1638636558	Planilla	2025/07/08	2025/07/28	NEQUI	20	\$446,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES		
					IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte		
1	CC 1083039934	DE ALBA PEREZ MARIA CAMILLA	230301	30	\$1,423,500	\$227,800	EPS005	30	\$1,423,500	\$178,000	0	0	14-23	30	\$1,423,500	\$34,700	0	\$0	\$0
<b>Total Afiliados (1)</b>					<b>\$1,423,500</b>	<b>\$227,800</b>			<b>\$1,423,500</b>	<b>\$178,000</b>					<b>\$1,423,500</b>	<b>\$34,700</b>		<b>\$0</b>	<b>\$0</b>

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$2,900	\$0	\$230,700
PORVENIR	230301			8	\$227,800	\$2,900	\$0	\$230,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$500	\$0	\$35,200
POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	14-23			6	\$34,700	\$500	\$0	\$35,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$2,300	\$0	\$180,300
SANTITAS	EPS005			6	\$178,000	\$2,300	\$0	\$180,300
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$440,500</b>	<b>\$5,700</b>	<b>\$0</b>	<b>\$446,200</b>



## ACTA FINAL

CODIGO: GJC26F  
VERSION: 002 FECHA  
ULTIMA DE REVISION:  
12/12/2024 PAGINA 1  
de 1

### ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20252428 DEL 2025

NO. DEL CONTRATO	CD20252428 DEL 2025
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	DEALBA PEREZ MARIA CAMILA
NO. DE IDENTIDAD	1083035934
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN LA UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	SEIS MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS (\$6200000)
FORMA DE PAGO	El HUJMB cancelará al CONTRATISTA 2 cuota(s), por valor de TRES MILLONES CIENTO MIL PESOS M/L. (\$3.100.000), 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	Prevía legalización del contrato sin exceder 31 de JULIO de 2025.
CDP	543
REGISTRO PRESUPUESTAL	3243
FECHA DE ACTA DE INICIO	6 DE JUNIO DE 2025
FECHA DE TERMINACION CONTRATO	31 DE JULIO DE 2025
<b>ADICION</b>	
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 UNIDAD FUNCIONAL HOSPITALIZACION Y CUIDADO CRITICO

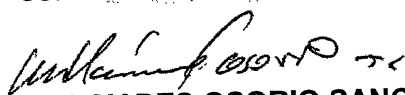
Entre los suscritos, **MILCIADES OSORIO SANCHEZ**, mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **CC.8.742.789**, obrando en calidad de **PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL HOSPITALIZACION Y CUIDADO CRITICO**, quien actúa como supervisor del contrato **CD20252428** por otra parte **DEALBA PEREZ MARIA CAMILA**, identificado con la cedula de ciudadanía No. **1083035934** 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,

  
**MILCIADES OSORIO SANCHEZ**  
CC. 8.742.789

  
**DEALBA PEREZ MARIA CAMILA**  
**1083035934**

  
Proyecto: Maria Camila De Alba  
Profesional Administrativo Enfermeria