	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
LUZ MERYS NAVARRO RAMIREZ identificado con C.C. 39057668**

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:	CD20252471	RP:	3384
		CDP:	971
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	2.100.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	2.100.000,00
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2025-07-01	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 ADIGION:	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

MILCIADES OSORIO SANCHEZ

8742789

UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADO CRÍTICO

CSB
2

LUZ MERYNS NAVARRO RAMIREZ
39057668
CARRERA 16 NRO 23-40
3216968586
LUMENA1610@HOTMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES


Fecha de Diligenciamiento:	2025-07-30		
NOMBRES Y APELLIDOS:	LUZ MERYNS NAVARRO RAMIREZ		
DOCUMENTO:	39057668		
DIRECCIÓN:	CARRERA 16 NRO 23-40	TELÉFONO:	3216968586
CORREO ELECTRONICO:	LUMENA1610@HOTMAIL.COM		

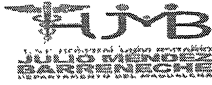
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que en la declaración de renta del año gravable 2024 no tomaré costos y deducciones

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° CONTRATO:	CD20252471						
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:	3384	CDP:	971	FECHA INICIO:	2025-07-01	FECHA FINAL:	2025-07-31
VALOR CONTRATO:	2.100.000,00			VALOR A PAGAR:	2.100.000,00		
BANCO A CONSIGNAR:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	488414199478		
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	Julio						

FIRMA


LUZ MERYNS NAVARRO RAMIREZ
C.C. 39057668 expedida en CIENGA 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
LUZ MERY NAVARRO RAMIREZ
CON C.C N° 39057668

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. CD20251586 DE FECHA 10/04/2025

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)

- 1 Garantizar la presencia oportuna, cuando se requiera hacer los procedimientos y labores propias del auxiliar de enfermería en cualquier servicio de la E.S.E
- 2 Observación y reporte de signos de alarma presentados por sus pacientes
- 3 Informar las fallas de material y equipo de servicios, al líder más cercano.
- 4 Participar en los programas de enseñanza en servicio para desarrollo de personal Proporcionar orientación al paciente y familiar
- 5 Garantizar 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.
- 6 Realizar asepsia general semanal y diaria cuando egrese el paciente, registrar en el formato correspondiente.
- 7 Clasificar, ordenar y controlar las tencerías de los servicios a efectos de reposición de ropas y de vestuario, relacionándose con los servicios de lavandería.
- 8 Realizar una adecuada segregación de los elementos de protección personal, residuos hospitalarios que se generen de la atención de los pacientes, de cualquier otro procedimiento y manejo de ropa sucia
- 9 Recibir, registrar oportunamente los elementos de protección personal y cumplir con el correcto uso de estos. Diligenciar correctamente los formatos requeridos en los servicios
- 10 Desarrollar las actividades de defensas de acuerdo a contratación de nido por partes con las agendas establecidas mensuales
- 11 Realizar notas de Enfermería a pacientes asignados en los tiempos reglamentados
- 12 Preparar el cuerpo del paciente fallecido y entregar al familiar todas las pertenencias personales del mismo, asegurando que se realice de manera respetuosa y conforme a los procedimientos establecidos
- 13 Informar a la enfermera y médico del estado de los pacientes relacionados a su competencia.
- 14 Realizar el seguimiento de la correcta administración de los medicamentos bajo la supervisión de la enfermera, garantizando el cumplimiento de los protocolos establecidos y el bienestar del paciente
- 15 Realizar todas y cada una de las actividades que asigne el supervisor del contrato y las demás que determine el Gerente, y que se deriven de las necesidades de la E.S.E.

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	4608404781	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	15/07/2025	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	15/07/2025	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	15/07/2025	\$ 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.

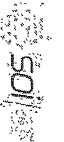
V. ANEXOS

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

FIRMA DEL CONTRATISTA:

N°. IDENTIFICACIÓN:

39057668



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACION APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE TIPO DE IDENTIFICACION: NOMBRE O RAZON SOCIAL: CECILIA DE CUBABAYA DIRECCION: CHA 23 WPO 1428 TELEFONO: 0246284982 CLASE APORTANTE: PENSION ACTIVIDAD ECONOMICA: APORTANTE ECONOMICO PAGO APORTES SALUD SERVA EICAF (REFORMA TRIBUTARIA)		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA NOMBRE PLANILLA: LIZ MERY RAMIREZ RAMIREZ PERIODO AUTOLIQUIDACION OTROS: 2025 PERIODO AUTOLIQUIDACION: 01/01/2025 - 31/12/2025 TIPO DE PLANILLA: MES AÑO: junio AÑO 2025 PERIODO AUTOLIQUIDACION: 20250719 NOMBRE APORTACION:		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA NOMBRE PLANILLA: LIZ MERY RAMIREZ RAMIREZ PERIODO AUTOLIQUIDACION OTROS: 2025 PERIODO AUTOLIQUIDACION: 01/01/2025 - 31/12/2025 TIPO DE PLANILLA: MES AÑO: junio AÑO 2025 PERIODO AUTOLIQUIDACION: 20250719 NOMBRE APORTACION:		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA NOMBRE PLANILLA: LIZ MERY RAMIREZ RAMIREZ PERIODO AUTOLIQUIDACION OTROS: 2025 PERIODO AUTOLIQUIDACION: 01/01/2025 - 31/12/2025 TIPO DE PLANILLA: MES AÑO: junio AÑO 2025 PERIODO AUTOLIQUIDACION: 20250719 NOMBRE APORTACION:	
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

TOTAL APORTES A PENSION APORTES VOLUNTARIOS: \$ 3.272,88 APORTES OBLIGATORIOS: \$ 0,00 TOTAL APORTES A PENSION: \$ 3.272,88		TOTAL APORTES A SALUD APORTES VOLUNTARIOS: \$ 0,00 APORTES OBLIGATORIOS: \$ 0,00 TOTAL APORTES A SALUD: \$ 0,00		TOTAL APORTES A PENSION Y SALUD \$ 3.272,88	
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--------------------------------------------------------------	--

TOTAL APORTES A PENSION Y SALUD INCAPACITADO POR ENFERMEDAD: \$ 0,00 INCAPACITADO POR ACCIDENTE: \$ 0,00 TOTAL APORTES A PENSION Y SALUD: \$ 0,00		TOTAL APORTES A PENSION Y SALUD INCAPACITADO POR ENFERMEDAD: \$ 0,00 INCAPACITADO POR ACCIDENTE: \$ 0,00 TOTAL APORTES A PENSION Y SALUD: \$ 0,00		TOTAL APORTES A PENSION Y SALUD INCAPACITADO POR ENFERMEDAD: \$ 0,00 INCAPACITADO POR ACCIDENTE: \$ 0,00 TOTAL APORTES A PENSION Y SALUD: \$ 0,00	
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

TOTAL APORTES A PENSION Y SALUD INCAPACITADO POR ENFERMEDAD: \$ 0,00 INCAPACITADO POR ACCIDENTE: \$ 0,00 TOTAL APORTES A PENSION Y SALUD: \$ 0,00		TOTAL APORTES A PENSION Y SALUD INCAPACITADO POR ENFERMEDAD: \$ 0,00 INCAPACITADO POR ACCIDENTE: \$ 0,00 TOTAL APORTES A PENSION Y SALUD: \$ 0,00		TOTAL APORTES A PENSION Y SALUD INCAPACITADO POR ENFERMEDAD: \$ 0,00 INCAPACITADO POR ACCIDENTE: \$ 0,00 TOTAL APORTES A PENSION Y SALUD: \$ 0,00	
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

DATOS DEL CONTRIBUYENTE NOMBRE: RAMIREZ RAMIREZ DIRECCION: CHA 23 WPO 1428 TELEFONO: 0246284982 CLASE APORTANTE: PENSION ACTIVIDAD ECONOMICA: APORTANTE ECONOMICO PAGO APORTES SALUD SERVA EICAF (REFORMA TRIBUTARIA)		DATOS DEL CONTRIBUYENTE NOMBRE: RAMIREZ RAMIREZ DIRECCION: CHA 23 WPO 1428 TELEFONO: 0246284982 CLASE APORTANTE: PENSION ACTIVIDAD ECONOMICA: APORTANTE ECONOMICO PAGO APORTES SALUD SERVA EICAF (REFORMA TRIBUTARIA)		DATOS DEL CONTRIBUYENTE NOMBRE: RAMIREZ RAMIREZ DIRECCION: CHA 23 WPO 1428 TELEFONO: 0246284982 CLASE APORTANTE: PENSION ACTIVIDAD ECONOMICA: APORTANTE ECONOMICO PAGO APORTES SALUD SERVA EICAF (REFORMA TRIBUTARIA)	
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

TOTAL PAGADO: \$ 440.500

	ACTA DE INICIO	CÓDIGO: GJC25F VERSIÓN: 002 FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 09/1/2025 PÁGINA 1 de 1
--	-----------------------	----------------------------------------------------------------------------------------

ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20252471 DEL 2025

NO. DEL CONTRATO	CD20252471 DEL 2025
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	LUZ MERYS NAVARRO RAMIREZ
NO. DE IDENTIDAD	39057668
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	DOS MILLONES CIENTO MIL PESOS M/L. (\$2100000)
FORMA DE PAGO	EL HUIJMB cancelará al CONTRATISTA, 1 cuota, por valor de DOS MILLONES CIENTO MIL PESOS M/L. (\$2.100.000), 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	971
REGISTRO PRESUPUESTAL	3384
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 **8.742.789**, obrando en calidad de **PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL HOSPITALIZACION Y CUIDADO CRITICO** quien actúa como supervisor del contrato **CD20252471** por otra parte **LUZ MERYS NAVARRO RAMIREZ**, en calidad de contratista quienes se reúnen para dar inicio al contrato en mención, cuyo objeto es el mencionado en la parte superior del presente documento.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta a los 1 Días, del mes de JULIO del año 2025.

SUPERVISOR,

MILCIADES OSORIO SANCHEZ
C.C 8.742.789

CONTRATISTA,

LUZ MERYS NAVARRO RAMIREZ
CC 39057668

Proyecto: María Camila De Alba
Profesional Administrativo Enfermería



ACTA FINAL

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

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20252471 DEL 2025

NO. DEL CONTRATO	CD20252471 DEL 2025
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	LUZ MERYS NAVARRO RAMIREZ
NO. DE IDENTIDAD	39057668
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	DOS MILLONES CIEEN MIL PESOS M/L (\$2100000)
FORMA DE PAGO	El HUJMB cancelará al CONTRATISTA 1 cuota(s), por valor de DOS MILLONES CIEEN MIL PESOS M/L. (\$2.100.000), 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	971
REGISTRO PRESUPUESTAL	3384
FECHA DE ACTA DE INICIO	1 DE JULIO DE 2025
FECHA DE TERMINACION CONTRATO	31 DE JULIO DE 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 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**, expedida en Santa Marta, obrando en calidad de **PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL HOSPITALIZACION Y CUIDADO CRITICO**, quien actúa como supervisor del contrato **CD20252471** por otra parte **LUZ MERYS NAVARRO RAMIREZ**, identificado con la cedula de ciudadanía No. **39057668** 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


LUZ MERYS NAVARRO RAMIREZ
39057668


Proyecto: Maria Camila De Alba
Profesional Administrativo Enfermeria