	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 ANA MILENA ALCAZAR BOZON identificado con C.C. 1083029846

Fecha de Diligenciamiento:	2025-07-30
----------------------------	------------

I. DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.		
N° CONTRATO:	CD20252503	RP:	3401
		CDP:	971
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	3.100.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	3.100.000,00
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2025-07-01	FECHA DE FINALIZACION:	2025-07-31
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	TUFITT ARTURO ATUNES CELEDON		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE QUIRÓFANOS Y TOCÓFANOS		

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


 TUFITT ARTURO ATUNES CELEDON
 85455393

UNIDAD FUNCIONAL DE QUIRÓFANOS Y TOCÓFANOS

0202

ANA MILENA ALCAZAR BOZON
1083029846
TRANSVERSAL 17 DIAGONAL 30 #22^a-19
7286541
ALCAZARANAMILENA@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	2025-07-30		
NOMBRES Y APELLIDOS:	ANA MILENA ALCAZAR BOZON		
DOCUMENTO:	1083029846		
DIRECCIÓN:	TRANSVERSAL 17 DIAGONAL 30 #22 ^a -1	TELÉFONO:	7286541
CORREO ELECTRONICO:	ALCAZARANAMILENA@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:	CD20252503						
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.						
RP:	3401	CDP:	971	FECHA INICIO:	2025-07-01	FECHA FINAL:	2025-07-31
VALOR CONTRATO:	3.100.000,00	VALOR A PAGAR:	3.100.000,00				
BANCO A CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	91211792901		
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	Julio						

FIRMA

ANA ALCAZAR B.
ANA MILENA ALCAZAR BOZON
C.C. 1083029846 expedida en SANTA MARTA

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

ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20252503 DEL 2025

NO. DEL CONTRATO	CD20252503 DEL 2025
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	ANA MILENA ALCAZAR BOZON
NO. DE IDENTIDAD	1083029846
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA(O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	TRES MILLONES CIENTO MIL PESOS M/L. (\$3100000)
FORMA DE PAGO	EL HUIJMB cancelará al CONTRATISTA, 1 cuota, 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	Previa legalización del contrato sin exceder 31 de julio de 2025.
CDP	971
REGISTRO PRESUPUESTAL	3401
SUPERVISOR DEL CONTRATO	PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN LA UNIDAD FUNCIONAL DE QUIROFANOS Y TOCOFANOS

Entre los suscritos, **TUFITH ARTURO ATÚNES CELEDÓN**, mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **85.455.393**, obrando en calidad de **PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN LA UNIDAD FUNCIONAL DE QUIROFANOS Y TOCOFANOS** quien actúa como supervisor del contrato **CD20252503** por otra parte **ANA MILENA ALCAZAR BOZON**, 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,

CONTRATISTA,


TUFITH ARTURO ATÚNES CELEDÓN
C.C 85.455.393


ANA MILENA ALCAZAR BOZON
CC 1083029846

Proyecto: Maria Camila De Alba
Profesional Administrativo Enfermería



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
ANA MILENA ALCÁZAR BOZÓN
CON C.C. N° 1083029846

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA(O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. CD20252503 DE FECHA 1/07/2025

IV. 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 Planear, organizar, dirigir, realizar las gestiones necesarias para lograr el funcionamiento de los servicios de acuerdo a los planes y programas establecidos.
 - 2 Realizar Rondas de Seguridad de Paciente diaria: Identificación de paciente, Venopunciones, Equipos Invasivos, segregación de residuos hospitalarios, orden y aseo de los servicios
 - 3 Verificar la aplicación de listas de chequeo para el control en la prevención de infecciones y procesos básicos de Enfermería.
 - 4 Velar por el cumplimiento de los protocolos, procesos y formatos de los diferentes servicios, ejemplo, el ingreso y salida de los auxiliares de enfermería.
 - 5 Comprobar la realización de la asepsia en los diferentes servicios y que se encuentre bien organizado los sitios de trabajo
 - 6 Vigilar y controlar el uso adecuado de los registros de enfermería (expediente clínico, censo, registros estadísticos, planes de asignación, rotación, etc.) y asegurar la actualización diaria de los registros en el tablero de camas reservadas.
 - 7 Detectar la necesidad de material/equipo de los servicios y gestionar la adquisición.
 - 8 Verificar que se cumpla con la notificación inmediata de los eventos adversos y/o incidentes que se presenten en la atención del paciente
 - 9 Verificación de la preparación adecuada de los estudios y cirugía
 - 10 Verificar el registro de las curaciones de las enfermeras asistenciales
 - 11 Asistir a las reuniones y rondas médicas y de enfermería de su área para estar al tanto del proceso de atención y cuidado de los pacientes
 - 12 Realizar la Notificación de daños y realizar ronda conjuntamente con el área de mantenimiento
 - 13 Informar por escrito, diariamente a coordinación los inconvenientes presentados en cada servicio
 - 14 Proporcionar atención de enfermería a pacientes hospitalizados según las necesidades físicas, fisiológicas, psicológicas y sociales según lo establecido en el plan de atención de enfermería
 - 15 Apoyar en el Manejo y control de material y equipo en la atención del paciente.
 - 16 Diligenciar y entregar historias clínicas a facturación de paciente que tengan egresos en el orden establecidos
 - 17 Cumplir con el diligenciamiento de los RIPS, formatos, instrumentos de control, seguimiento, evaluación, de la E.S.E.
 - 18 Verificar el correcto diligenciamiento del formato de SIVIGILA
 - 19 Actualizar Kardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo a los cambios efectuados por médico tratante en la evolución y ordenes médicas, en los diferentes turnos (corrido, noche) etc.
 - 20 Administración de medicamentos de acuerdo al protocolo institucional.
 - 21 Supervisar y cumplir con la correcta segregación de los elementos de protección personal y manejo de ropa sucia
 - 22 Debe realizar un informe detallado sobre las actividades realizadas y el cumplimiento de las mismas, según la secuencia establecida por la Unidad Funcional de Enfermería
 - 23 Apoyar en la supervisión e inspección oportuna al carro de paro, equipos biomédicos con los que cuenta el servicio, hacer las respectivas anotaciones a que hallan lugar sea diaria y quincenal
 - 24 Gestionar la información, y/o documentos físicos, órdenes de procedimientos que se genere en el servicio de acuerdo a la necesidad del paciente y normatividad.
 - 25 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.
 - 26 Cumplir con lo establecido en la resolución 3280 de 2018, de manera que se garantice la efectiva y oportuna atención definida en la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal, Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna y Estrategia Hospital Padrino, según su competencia
 - 27 Capacitar al personal asistencial (enfermeras) sobre colocación de implante sub dérmico y aplicación de métodos de anticoncepción.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9488229923	OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	NUEVA EPS	10/07/2025	\$ 178.000	
PENSIÓN:	PORVENIR	10/07/2025	\$ 227.800	
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	10/07/2025	\$ 34.700	

VI. 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.

VII. ANEXOS

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

FIRMA DEL CONTRATISTA:

ANA MILENA ALCÁZAR BOZÓN
1083029846

N°. IDENTIFICACIÓN:

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	DV	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	No
CC 1083029946		ALCÁZAR BOZON ANA MILENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 4#1-1-80	SANTA MARTA-MAGDALENA	313723487		

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Pago	Valor
Pensión Salud	Pago	Planilla	2025/07/10	2025/07/10	NEQUI	Dias Mora: 0	\$440,500
2025-06	1617774105	Planilla					

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800
PORVENIR	230301	800.224.808	8	1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700
POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	14-23	860.011.133	6	1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000
NIUEVA E.P.S.	EPS037	900.156.264	2	1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000
TOTAL				1	\$440,500	\$0	\$0	\$440,500

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1083029846		ALCAZAR BOZON ANA MILENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle #411-80	SANTA MARTA-MAGDALENA	3153723487	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Pago	Valor
Salud	1617764105	Planilla	2025/07/10	2025/07/10	MEQU	Dias Mora 0	\$440.500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo Dias	IBC	Aporte	Codigo Dias	IBC	Aporte	Codigo Dias	IBC	Aporte	Codigo Dias	IBC	Aporte	Codigo Dias	IBC	Aporte	Codigo Dias	IBC	Aporte			
Sucursal Principal (1 Afiliados)				\$1,423,500	\$227,800		\$1,423,500	\$178,000		\$0	\$0		\$1,423,500	\$34,700		\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0			
Centro de Trabajo Principal (1 Afiliados)				\$1,423,500	\$227,800		\$1,423,500	\$178,000		\$0	\$0		\$1,423,500	\$34,700		\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0			
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)				\$1,423,500	\$227,800	EP0037 30	\$1,423,500	\$178,000	0	\$0	\$0	14-21 30	\$1,423,500	\$34,700	0	\$1,423,500	\$34,700	0	\$0	\$0			
Total Afiliados (1)				\$1,423,500	\$227,800		\$1,423,500	\$178,000		\$0	\$0		\$1,423,500	\$34,700		\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0			



ACTA FINAL

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

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20252503 DEL 2025

NO. DEL CONTRATO	CD20252503 DEL 2025
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	ANA MILENA ALCAZAR BOZON
NO. DE IDENTIDAD	1083029846
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	TRES MILLONES CIENT MIL PESOS M/L.. (\$3100000)
FORMA DE PAGO	EI HJMB cancelará al CONTRATISTA 4 cuota(s), por valor de TRES MILLONES CIENT 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	971
REGISTRO PRESUPUESTAL	3401
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 EN LA UNIDAD FUNCIONAL DE QUIROFANOS Y TOCOFANOS

Entre los suscritos, **TUFFITH ARTURO ATUNES CELEDON**, mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **CC.85.455.393**, expedida en Santa Marta, obrando en calidad de **PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN LA UNIDAD FUNCIONAL DE QUIROFANOS Y TOCOFANOS**, quien actúa como supervisor del contrato **CD20252503** por otra parte ANA MILENA ALCAZAR BOZON, identificado con la cedula de ciudadanía No. **1083029846** 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,

TUFFITH ARTURO ATUNES CELEDON
CC. 85.455.393

Proyecto: Maria Camila De Alba
Profesional Administrativo Enfermeria

CONTRATISTA,

ANA ALCAZAR B
ANA MILENA ALCAZAR BOZON
1083029846