HJMB JULIO MÉNDEZ 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 ROSA MARIA BALCAZAR GARCIA Identificado con C.C. 36541436

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:	CD20251493	RP:	2245	CDP:	542
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	8.400.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:			2.100.000,00
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2025-04-10	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

Powered by CamScanner

ROSA MARIA BALCAZAR GARCIA
36541436
CALLE 6 # 21C-121 SAN FERNANDO
3006769451
R.MBG@HOTMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2025-07-30**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	ROSA MARIA BALCAZAR GARCIA		
DOCUMENTO:	36541436		
DIRECCIÓN:	CALLE 6 # 21C-121 SAN FERNANDO	TELÉFONO:	3006769451
CORREO ELECTRONICO:	R.MBG@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:	CD20251493						
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:	2245	CDP:	542	FECHA INICIO:	2025-04-10	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:	117170045563
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Julio**						

FIRMA

ROSA MARIA BALCAZAR GARCIA
C.C. 36541436 expedida en SANTA MARTA

Powered by CamScanner

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	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

ROSA MARIA BALCAZAR GARCIA

CON C.C Nº 36541436

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION 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		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20251493**	**DE FECHA INICIO**	**10/04/2025**

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	Garantizar la presencia oportuna, cuando se requiera hacer losprocedimientos y labores propias del auxiliar de enfermería en cualquierservicio de la E.S.E.
2	Observación y reporte de signos de alarma presentados por suspacientes.
3	Informar las fallas de material y equipo de servicios, al líder máscercano.
4	Participar en los programas de enseñanza en servicio para desarrollo depersonal 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 lencerías de los servicios a efectos deteposición de ropas y de vestuario, relacionándose con los servicios delavandería.
8	Realizar una adecuada segregación de los elementos de protecciónpersonal, residuos hospitalarios que se generen de la atención de lospacientes, de cualquier otro procedimiento y manejo de ropa sucia.
9	Recibir, registrar oportunamente los elementos de protección personal yCumplir con el correcto uso de estos. Diligenciar correctamente los formatosrequeridos en los servicios.
10	Desarrollar las actividades definidas de acuerdo a contratación definidopor partes con las agendas establecidas mensuales.
11	Realizar notas de Enfermería a pacientes asignados en los tiemposreglamentados.
12	Preparar el cuerpo del paciente fallecido y entregar al familiar todas laspertenencias personales del mismo, asegurando que se realice de maneraRespetuosa y conforme a los procedimientos establecidos.
13	Informar a la enfermera y médico del estado de los pacientesrelacionados a su competencia.
14	Realizar el seguimiento de la correcta administración de losmedicamentos bajo la supervisión de la enfermera, garantizando elCumplimiento de los protocolos establecidos y el bienestar del paciente.
15	Realizar todas y cada una de las actividades que asigne el supervisordel contrato y las demás que determine el Gerente, y que se deriven de lasNecesidades de la E.S.E.

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**7976440581**	**OPERADOR:**	**SOI**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SANITAS**	**25/7/2025**	**178,000**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**25/7/2025**	**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:	Rosa Balcazar
Nº. IDENTIFICACIÓN:	**36541436**

Powered by CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

BBV

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	36541438
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			ROSA MARIA SALCARZA GARCIA
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	CALLE 8A #21C -121	TELÉFONO:	4230000
TIPO APORTANTE:	03-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	1-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		M3
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		7976440581	TIPO DE PLANILLA:		1-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	Junio AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	Junio AÑO 2025
DÍAS DE MORA:		10			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/07/25	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1652911370

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 APRES	COTIZACIÓN	VALOR APRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS046	SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 175.500	$ 0	$ 1.800	$ 0	$ 175.500	$ 1.800	$ 0	$ 175.800
SUBTOTALES													$ 175.500	$ 1.800	$ 0	$ 175.800

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0		$ 0	$ 34.700	$ 34.700	$ 400	$ 0	$ 35.100
SUBTOTALES								$ 34.700	$ 400	$ 0	$ 35.100

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																				SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																													PENSIÓN								SALUD						ARP												
N°	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS TMP. SUSPEN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR APRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	CCF	SENA	ICBF	ESAP	MINTRA
1	CC 36541438	ROSA MARIA SALCARZA GARCIA	DEPENDIENTE	NO SALARIO INTEGRAL	$ 1.423.500			NO																		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	EPS046-SANITAS S.A.	30	$ 1.423.500	$ 175.500	$ 0	$ 175.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500	36541438	$ 34.700	$ 0												

TOTAL PAGADO: $ 214.900

Planilla Pagada
aportes en línea SOI
Planilla Pagada

Powered by CamScanner

Colpensiones

RADICADO 2023_36541436

GERENCIA DE DETERMINACIÓN DE DERECHOS
DIRECCIÓN DE NÓMINA DE PENSIONADOS

CERTIFICADO DE NO PENSIÓN

Que revisada la Nómina de Pensionados de la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**, el(la) señor(a) **ROSA MARIA BALCAZAR GARCIA** identificado(a) con **Cédula de Ciudadanía** No. **36541436, NO FIGURA** percibiendo pensión por parte de esta Administradora.

Se expide a solicitud del interesado en Bogotá , el día 25 de julio de 2025.

DORIS PATARROYO PATARROYO
Directora de Nómina de Pensionados

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Powered by CamScanner

HJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE	**ACTA FINAL**	CODIGO: GJC26F VERSION: 002 FECHA ULTIMA DE REVISION: 12/12/2024 PAGINA 1 de 1

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20251493 DEL 2025

NO. DEL CONTRATO	CD20251493 DEL 2025
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	ROSA MARIA BALCAZAR GARCIA
NO. DE IDENTIDAD	36541436
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. ($8400000)
FORMA DE PAGO	El HUJMB cancelará al CONTRATISTA 4 cuota(s), por valor de DOS MILLONES CIEN 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	Previa legalización del contrato sin exceder 31 de JULIO de 2025.
CDP	542
REGISTRO PRESUPUESTAL	2245
FECHA DE ACTA DE INICIO	10 DE ABRIL 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 **CD20251493** por otra parte ROSA MARIA BALCAZAR GARCIA, identificado con la cedula de ciudadanía No. **36541436** 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,

MILCIADES OSORIO SANCHEZ
CC. 8.742.789

Proyectó: Maria Camila De Alba
Profesional Administrativo Enfermeria

CONTRATISTA,

ROSA MARIA BALCAZAR GARCIA
36541436

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner