

	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
ROCIO ISABEL GOMEZ GONZALEZ identificado con C.C. 36564711**

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:	CD20251608	RP:	2512	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:	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

ROCIO ISABEL GOMEZ GONZALEZ
36564711
CARRERA 12 #39 - 15
0000000
ROCHISA2011@HOTMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

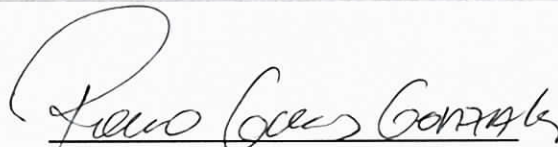
Fecha de Diligenciamiento:	2025-07-30		
NOMBRES Y APELLIDOS:	ROCIO ISABEL GOMEZ GONZALEZ		
DOCUMENTO:	36564711		
DIRECCIÓN:	CARRERA 12 #39 - 15	TELÉFONO:	0000000
CORREO ELECTRONICO:	ROCHISA2011@HOTMAIL.COM		

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:	CD20251608						
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:	2512	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:	BANCO SUDAMERIS	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	97010026530		
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:				Julio			

FIRMA



ROCIO ISABEL GOMEZ GONZALEZ

C.C. 36564711 expedida en SANTA MARTA - 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

ROCIO ISABEL GOMEZ GONZALEZ

CON C.C Nº 36564711

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. CD20251608 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	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 lencerías 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 definidas de acuerdo a contratación definido 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:	9487894266	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	14/07/2025	\$ 178.000
PENSIÓN:	PROTECCION	14/07/2025	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	COLMERA	14/07/2025	\$ 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:

N°. IDENTIFICACIÓN: CC.36564711

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	Valor
CC 36564711		GÓMEZ GONZÁLEZ ROCÍO ISABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	RR 12 #39-15	SANTA MARTA-MAGDALENA	4216447	No	\$443,700
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Salud	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Dias Mora	Valor		
2025-06	2025-06	87894266	I	2025/07/03	2025/07/14	11	\$443,700		

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTE															
No.	Identificación	Nombre	NOVEDADES				RIESGOS				PARAFISCALES				
			INTEGRACION	DEBITOS	IMPORTE	CONTRIBUCION	CCF	CCF	CCF	CCF	Dias	Tarifa	Dias	Exonerado SENA e ICBF	
SUCURSAL PRINCIPAL (1 Afiliados)															
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)															
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)															
1	CC 36564711	GÓMEZ ROCÍO								0	14-25	30	2.436%	0	No
Total Afiliados(1)															

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	Valor
CC 36564711		GÓMEZ GONZÁLEZ ROCÍO ISABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	RR 12 #39-15	SANTA MARTA-MAGDALENA	4216447	No	\$443,700
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Salud	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Dias Mora	Valor		
2025-06	2025-06	87894266	I	2025/07/03	2025/07/14	11	\$443,700		

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$1,600	\$0	\$229,400	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$227,800	\$1,600	\$0	\$229,400	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$300	\$0	\$35,000	
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	\$34,700	\$300	\$0	\$35,000	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$1,300	\$0	\$179,300	
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$178,000	\$1,300	\$0	\$179,300	
TOTAL				1	\$440,500	\$3,200	\$0	\$443,700	



ACTA FINAL

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

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20251608 DEL 2025

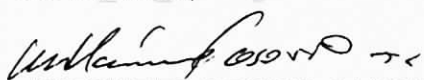
NO. DEL CONTRATO	CD20251608 DEL 2025
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	ROCIO ISABEL GOMEZ GONZALEZ
NO. DE IDENTIDAD	36564711
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES 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 HJMB cancelará al CONTRATISTA 4 cuota(s), 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	542
REGISTRO PRESUPUESTAL	2512
FECHA DE ACTA DE INICIO	14 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

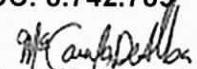
Entre los suscritos, **MILCIADES OSORIO SANCHEZ**, mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **CC.8.742.789**, expedida en Santa Marta, obrando en calidad de **PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL HOSPITALIZACION Y CUIDADO CRITICO**, quien actúa como supervisor del contrato **CD20251608** por otra parte **ROCIO ISABEL GOMEZ GONZALEZ**, identificado con la cedula de ciudadanía No. **36564711** 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.

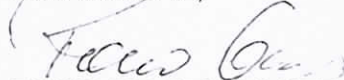
Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta en el mes de **JULIO** del año **2025**.

SUPERVISOR,


MILCIADES OSORIO SANCHEZ
CC. 8.742.789


Proyecto: Maria Camila De Alba
Profesional Administrativo Enfermeria

CONTRATISTA,


ROCIO ISABEL GOMEZ GONZALEZ
36564711