	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 CIRIS ARAGON DE LA HOZ identificado con C.C. 36451202

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.		
Nº CONTRATO:	CD20252455	RP:	3369
		CDP:	971
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	2.100.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	1.706.250,00
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 ADICION:	0,00
----------------	-----	---------------	-----	-----------------------------	------

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

IV. CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS

- El contrato se encuentra debidamente legalizado: SI
- 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
- Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en su respectiva carpeta contractual: SI
- 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

ANA CIRIS ARAGON DE LA HOZ
36451202
CRA 18A # 29C-73
3044587151
ARAGONANASIRIS@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES


Fecha de Diligenciamiento:	2025-07-30		
NOMBRES Y APELLIDOS:	ANA CIRIS ARAGON DE LA HOZ		
DOCUMENTO:	36451202		
DIRECCION:	CRA 18A # 29C-73	TELÉFONO:	3044587151
CORREO ELECTRONICO:	ARAGONANASIRIS@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:	CD20252455						
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:	3369	CDP:	971	FECHA INICIO:	2025-07-01	FECHA FINAL:	2025-07-31
VALOR CONTRATO:	2.100.000,00		VALOR A PAGAR:	1.706.250,00			
BANCO A CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	057011737008413		
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	Julio						

FIRMA


ANA CIRIS ARAGON DE LA HOZ
C.C. 36451202 expedida en FUNDACION



ACTA DE INICIO

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

ACTA DE INICIO DEL CONTRATO No. CD20252455 DEL 2025


NO. DEL CONTRATO	CD20252455 DE 2025
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	ARAGON DE LA HOZ ANA CIRIS
NO. DE IDENTIDAD	36451202
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 CIENTO MIL PESOS M/C (2100000)
FORMA DE PAGO	El Hujmb cancelará al CONTRATISTA, 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	MENSUAL
CDP	971
REGISTRO PRESUPUESTAL	3369
SUPERVISOR DEL CONTRATO	PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL HOSPITALIZACION Y CUIDADO CRÍTICO

Entre los suscritos a saber **MILCIADES OSORIO SANCHEZ**, en su calidad de **PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL HOSPITALIZACION Y CUIDADO CRÍTICO**, quien actúa como supervisor del contrato CD20252455 por otra parte **ARAGON DE LA HOZ ANA CIRIS**, 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, del mes de JULIO del año 2025.

SUPERVISOR,

CONTRATISTA,


MILCIADES OSORIO SANCHEZ
C.C. No. 8.742.789


ARAGON DE LA HOZ ANA CIRIS
36451202

📞 891780185-2
📍 Carrera 14 # 23-42, Los Alcázares
✉ gerencia@hujmb.gov.co

📷 📺 📧 @hujuliomendezb
🌐 www.hujmb.gov.co

**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 CIRIS ARAGON DE LA HOZ****CON C.C Nº 36451202****I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS****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.**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** CD20252455 **DE FECHA DE INICIO** 01/07/2025**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)**

ITEM	
1	Brindar atención de enfermería a los pacientes de consulta externa y hospitalizados, según sus necesidades físicas, fisiológicas, psicológicas y sociales, asegurando un cuidado integral y personalizado.
2	Hacer un uso adecuado y racional de los elementos, recursos y demás medios proporcionados por la institución, garantizando su conservación y aprovechamiento eficiente.
3	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
4	Observación y reporte de signos de alarma presentados por sus pacientes
5	Informar las fallas de material y equipo de servicios, al líder más cercano.
6	Participar en los programas de enseñanza en servicio para desarrollo de personal Proporcionar orientación al paciente y familiar
7	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.
8	Realizar asepsia general semanal y diaria cuando egrese el paciente, registrar en el formato correspondiente
9	Clasificar, ordenar y controlar las lencerías de los servicios a efectos de reposición de ropas y de vestuario, relacionándose con los servicios de lavandería.
10	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.
11	Recibir, registrar oportunamente los elementos de protección personal y cumplir con el correcto uso de estos. Diligenciar correctamente los formatos requeridos en los servicios
12	Desarrollar las actividades definidas de acuerdo a contratación definido por partes con las agendas establecidas mensuales
13	Realizar notas de Enfermería a pacientes asignados en los tiempos reglamentados
14	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.
15	Informar a la enfermera y médico del estado de los pacientes relacionados a su competencia.

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	1208202788	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	23/07/2025	178.000
PENSIÓN:	PROTECCION	23/07/2025	227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	23/07/2025	34.700

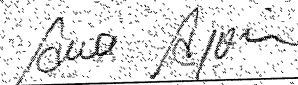
IV. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- 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:**No. IDENTIFICACIÓN:****C.C. No. 1083002454**



ACTA FINAL

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

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20252455 DEL 2025


NO. DEL CONTRATO	CD20252455 DEL 2025
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	ANA CIRIS ARAGON DE LA HOZ
NO. DE IDENTIDAD	36451202
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 CIENTO MIL PESOS M/L (\$2100000)
FORMA DE PAGO	El Hujmb cancelará al CONTRATISTA 1 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	Previa legalización del contrato sin exceder 31 de JULIO de 2025.
CDP	971
REGISTRO PRESUPUESTAL	3369
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 **CD20252455** por otra parte **ANA CIRIS ARAGON DE LA HOZ**, identificado con la cedula de ciudadanía No. **36451202** 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 Enfermería

CONTRATISTA,


ANA CIRIS ARAGON DE LA HOZ
36451202