ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ 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 NELLY MARIA NAVARRO SANTIAGO identificado con C.C. 36542776

Fecha de Diligenciamiento:	2025-08-28

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:	CD20252910	RP:	3844	CDP:	1106
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	6.200.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:			3.100.000,00
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2025-08-05	FECHA DE FINALIZACION:			2025-09-30
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 Agosto

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

MILCIADES OSORIO SANCHEZ
8742789
UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADO CRÍTICO

NELLY MARIA NAVARRO SANTIAGO
36542776
CARRERA 32B #29-101 CONJUNTO LAS JUANAS CASA 2 BARRIO SANTA LUCIA
3228497790
NELLYNASANTI@HOTMAIL.ES

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2025-08-28**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	NELLY MARIA NAVARRO SANTIAGO		
DOCUMENTO:	36542776		
DIRECCIÓN:	CARRERA 32B #29-101 CONJUNTO LAS	TELÉFONO:	3228497790 SANTA LU
CORREO ELECTRONICO:	NELLYNASANTI@HOTMAIL.ES		

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:	CD20252910
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:	3844	CDP:	1106	FECHA INICIO:	2025-08-05	FECHA FINAL:	2025-09-30

VALOR CONTRATO:	6.200.000,00	VALOR A PAGAR:	3.100.000,00

BANCO A CONSIGNAR:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	117100081179-5

CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00

PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Agosto**

FIRMA

Nelly Navarro S

NELLY MARIA NAVARRO SANTIAGO
C.C. 36542776 expedida en SANTA MARTA

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA	**ACTA DE INICIO**	CÓDIGO: GJC25F VERSIÓN: 002 FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 09/1/2025 PÁGINA 1 de 1

ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20252910 DEL 2025

NO. DEL CONTRATO	**CD20252910** DEL 2025
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPIAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**NAVARRO SANTIAGO NELLY MARIA**
NO. DE IDENTIDAD	36542776
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	SEIS MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/L. ($6200000)
FORMA DE PAGO	EL HUJMB cancelará al CONTRATISTA,2 cuotas, por valor de TRES MILLONES CIEN 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 30 de septiembre de 2025.
CDP	1106
REGISTRO PRESUPUESTAL	3844
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 **CD20252910** por otra parte **NAVARRO SANTIAGO NELLY MARIA**, 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 5 Día, del mes de AGOSTO del año 2025.

SUPERVISOR,

MILCIADES OSORIO SANCHEZ
C.C 8.742.789

Proyectó: María Camila De Alba
Profesional Administrativo Enfermeria

CONTRATISTA,

NAVARRO SANTIAGO NELLY MARIA
CC 36542776

HUJMB 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 NELLY MARIA NAVARRO SANTIAGO

CON C.C Nº 36,542,776

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20252910**	**DE FECHA INICIO**	**5/8/2025**

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 especificas del objeto del contrato)II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL 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:Identificacion de paciente,Venopunciones,Equipos invasivos,segregacion de residuos hospitalarios,orden y aseo de los servicios
3	Verificar la aplicacion de las listas de chequeo para el control en la prevencion de infeciones y procesos basicos de enfermeria
4	Velar por el cumplimiento de loa protocologos,procesos y formatos de los diferentes servicios, ejemplo, el ingreso y salida de los auxiliares de enfermeria
5	Comprobar la realizacion 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 enfermeria(expediente clinico,censo,registros estadisticos,planes de asignacion rotacion,etc), y asegurar la actualizacion diaria de los registros en el tablero de camas reservadas
7	Detectar la necesidad de material/equipo de los servicios y gestionar la adquisicion.
8	Verificar que se cumpla con la notoficacion inmediata de los eventos adversos y/o incidentes que se presenten en la atencion de pacientes
9	Verificacion de la preparacion adecuada de los estudios y cirugia.
10	Verificar el registro de las curaciones de las enfermeras asistenciales.
11	Asistir a las reuniones y rondas medicas y de enfermeria de su area para estar al tanto del proceso de atencion y cuidado de los pacientes.
12	Realizar la notoficacion de daños y realizar rondas conjuntamentecon el area de mantenimiento.
13	Informar por escrito,diariamente a coordinacion los inconvenientes presentados en cada servicio.
14	Proporcionar atencion de enfermeria a pacientes hospitalizados según las necesidades fisicas,fisiologicas,psicologicas y sociales según lo establecido en el plan de atencion de enfermeria
15	Apoyar en el manejo y control de material y euipos en la atencion del paciente
16	Diligenciar y entregar historias clincias a facturacion de pacientes que tengan egresos en el orden establecidos
17	Cumplir con el diligenciamiento de los RIPS, formatos,instrumentos de control,seguimiento,evaluacion de ,la E.S.E.
18	Verificar el correcto diligenciamiento del formato SIVIGILA.
19	Actulizar cardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo a los cambios efectuados por el medico tratante en la evolucion y orden ,en los diferentes turnos.(Corrido-Noche)
20	Administracion de medicamentos de acuerdo al protocologo institucional.
21	Supervisar y cumplir con la correcta segregacion de los elementos de prteccion personal y manejo de ropa sucia
22	Debe realizar un informe detallado sobre las actividades realizadas y cumplimineto de las mismas,según la secuencia establecida por la Unidad funcional de Enfermeria
23	Apoyar en la supervision e inpeccion oportuna al carro de paro,equipos biomedicos con los que cuenta el servicio,hacer las respectivas anotaciones a que hallan lugar sea diaria y quincenal
24	Gestionar la informacion ,y/o documentos fisicos,ordenes de procedimentos que se genere en el servicio de acuerdo a las necesidades del paciente y normatividad.
25	Garantizar que la prestacion de servicio objeto del contrato cumplan estrictamente con las caracteristicas y referenencias descritas en el presente documento de las cuales se deben ajustar a las normas de calidad de conformidad con lo establecido por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez Barreneche.Adicionalmente la garantia de los servicios ofrecidos debe permitir que se mantenegan su calidad e idoniedad.
26	Cumplir con lo establecido en la resolucion 3280 de 2018. de manera que se garantice la efectividad y oportuna atencion definida en la Ruta Integral de Atencion Materno Perinatal,Plan de Aceleracionpara la Reduccion de la Mortalida Materna y estrategia Hospital Padrino, segun su competencia.

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**4616884189**	**OPERADOR:**	**SOI**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SALUD TOTAL**	**14/08/2025**	**$ 178000**
PENSIÓN:	**NO APLICA**	**NO APLICA**	**NO APLICA**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**14/08/2025**	**$ 34700**

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:	Nelly Navarro
Nº. IDENTIFICACIÓN:	365427776. **36,542,776**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

CIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	36542776
N SOCIAL:			NELLY MARIA NAVARRO SANTIAGO
O:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
	CRA 21A 25-17 ALTO DE SANTA	TELÉFONO:	4000000
:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
	ÚNICO		
ENTACIÓN:			NO
NERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			4616884189	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	julio AÑO	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES julio AÑO 2025
DÍAS DE MORA:			0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/08/14	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	5081421637

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 178.000
												$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 178.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

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

Planilla Pagada

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE								NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES					
																											PENSIÓN									SALUD						ARP						CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
MBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
ARRO PAGO Y IA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	NO OBLIG COT PENSIÓN	$ 1.423.500				NO																			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500	$ 36542776	$ 34.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 212.700

CP-321605

seguros de vida alfa s.a.

SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.

NIT 860503617-3

CERTIFICA QUE

El(a) señor(a) **NAVARRO SANTIAGO NELLY MARIA** identificado(a) con **CÉDULA** No:**36542776** es beneficiario(a) de una Póliza de Renta Vitalicia por **VEJEZ**, expedida en el mes de **Septiembre** de **2019** .

Actualmente, **NAVARRO SANTIAGO NELLY MARIA** tiene derecho a recibir **MILLON SESENTA Y UN MIL VEINTISEIS PESOS($1,061,026.00 MCTE.)**, equivalente a un **100%** del valor total de la pensión, y recibe **13** mesadas durante el año, al cual aplicamos los descuentos a que haya lugar según la normatividad vigente para este tipo de pólizas y los adicionales debidamente autorizados por el beneficiario.

Para atender requerimientos e inquietudes tenemos habilitados los siguientes canales de comunicación: Línea Alfa en Bogotá al 3077032 o en el resto del país la línea nacional 01 8000 12 25 32, correo electrónico servicio al cliente: servicioalcliente@segurosalfa.com.co, la página web www.segurosalfa.com.co opción Contáctenos y la Oficina de Atención al Cliente en Bogotá o en las sucursales de Cali, Cartagena, Medellín.

Esta certificación se expide a solicitud de Seguros de Vida Alfa s.a. en Bogotá a los 2 días del mes de Marzo del año 2020

Dirección de Rentas Vitalicias.

Renta:106418

******* INFORMACIÓN CONFIDENCIAL *******
******* FIN DEL DOCUMENTO *******