

	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
DAGOBERTO OROZCO DIAZ identificado con C.C. 1079938852**

Fecha de Diligenciamiento:	2026-03-30
----------------------------	------------

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:	CD20261241	RP:	1978	CDP:	437
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	7.800.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	2.437.500,00		
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2026-03-19	FECHA DE FINALIZACION:	2026-05-31		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIZETH PAOLA CARDENAS ZAMBRANO				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

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

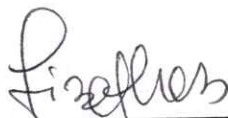
III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

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 Marzo

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES


LIZETH PAOLA CARDENAS ZAMBRANO
 1082957906
 UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA

DAGOBERTO OROZCO DIAZ
1079938852
CALLE 23 # 62C LA FLORIDA
3206770129
DAGOOROZCO1996@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

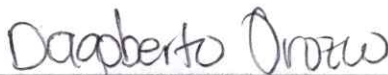
Fecha de Diligenciamiento:	2026-03-30		
NOMBRES Y APELLIDOS:	DAGOBERTO OROZCO DIAZ		
DOCUMENTO:	1079938852		
DIRECCIÓN:	CALLE 23 # 62C LA FLORIDA	TELÉFONO:	3206770129
CORREO ELECTRONICO:	DAGOOROZCO1996@GMAIL.COM		

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que en la declaración de renta del año gravable 2025 no tomaré costos y deducciones

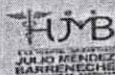
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° CONTRATO:	CD20261241						
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:	1978	CDP:	437	FECHA INICIO:	2026-03-19	FECHA FINAL:	2026-05-31
VALOR CONTRATO:	7.800.000,00		VALOR A PAGAR:	2.437.500,00			
BANCO A CONSIGNAR:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	117100114422		
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:				Marzo			

FIRMA



DAGOBERTO OROZCO DIAZ
C.C. 1079938852 expedida en PIVIJAY -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. CD20261241 DEL 2026

NO. DEL CONTRATO	CD20261241 DEL 2026
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	OROZCO DIAZ DAGOBERTO
NO. DE IDENTIDAD	1079938852
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	SIETE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/L (\$7.800.000)
FORMA DE PAGO	EL HUIJMB cancelará al CONTRATISTA 3 cuota(s), por valor de DOS MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M/L (\$2.600.000), 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 MAYO de 2026.
CDP	437
REGISTRO PRESUPUESTAL	1978
SUPERVISOR DEL CONTRATO	SUGGERENTE CIENTIFICA

Entre los suscritos, LIZETH CARDENAS ZAMBRANO, mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1.082.957.906, obrando en calidad de SUBGERENTE CIENTIFICA quien actúa como supervisor del contrato CD20261241 por otra parte OROZCO DIAZ DAGOBERTO en calidad de contratista quienes se reúnen para dar inicio al contrato en mención, cuya 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 19 Días, del mes de MARZO del año 2026.

SUPERVISOR,

LIZETH CARDENAS ZAMBRANO
C.C 1.082.957.906

Profesora Asistente Administrativa Enfermería

CONTRATISTA,

OROZCO DIAZ DAGOBERTO

CC 1079938852

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

DAGOBERTO OROZCO DIAZ

CON C.C. 1.079.938.852

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.

CD20261241

DE FECHA INICIO

19/03/2026

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. Garantice 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. Observe y reporte de signos de alarma presentados por sus pacientes.
3. Informe las fallas de material y equipo de servicios, al líder más cercano.
4. Participe en los programas de enseñanza en servicio para desarrollo de personal. Proporcionar orientación al paciente y familiar.
5. Garantice 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. Realice asepsia general semanal y diaria cuando egrese el paciente, registrar en el formato correspondiente.
7. Clasifique, ordene y controle las lencerías de los servicios a efectos de reposición de ropas y de vestuario, relacionándose con los servicios de lavandería.
8. Realice 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. Recibi, registre oportunamente los elementos de protección personal y cumplir con el correcto uso de estos. Diligenciar correctamente los formatos requeridos en los servicios.
10. Desarrolle las actividades definidas de acuerdo a contratación definido por partes con las agendas establecidas mensuales.
11. Realice notas de Enfermería a pacientes asignados en los tiempos reglamentados.
12. Prepare 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. Informe a la enfermera y médico del estado de los pacientes relacionados a su competencia.
14. Realice 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. Realice 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:	3008338000	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	CAJACOPI	23/02/2026	218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	23/02/2026	280.200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA ARL	23/02/2026	342.700

IV. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo 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 periodo correspondiente

FIRMA DEL CONTRATISTA:

DAGOBERTO OROZCO DIAZ

N°. IDENTIFICACIÓN:

C. C. 1079938852



DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACION	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	
NOMBRE Y ROL DEL SOCIAL		107953882	
CONTRIBUYENTE			
DIRECCION	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO	DACIOBERTO TORRES DIAZ
TIPO APORTANTE	TRABAJO	CLASE APORTANTE	MAQUINARIA
FORMA DE PAGO	INDEPENDIENTE	ACTIVIDAD ECONOMICA	INDEPENDIENTE
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, PENSION Y ICAP (REFORMA TRIBUTARIA)	UNICO		Comente al por mayor de cotizaciones, recibo por NO

DATOS GENERALES DE LA FAMILIA			
NÚMERO FAMILIA	TIPO DE FAMILIA	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	H-DEPENDIENTES
60933281000	MAQUINARIA	MES	2008
200803/025	MAQUINARIA	MES	1961/1975

ADMINISTRADORA		TOTAL APORTES A PENSION				TOTAL	
CÓDIGO	NOMBRE	Nº. COJUNTANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS	MONEDA	APORTES	VALOR PAGADO
220001	220001-PORVENIR	1	\$ 280.200		FSF	\$ 280.200	\$ 280.200
SUBTOTAL:			\$ 0		FSF	\$ 280.200	\$ 280.200

TOTAL APORTES A SALUD													
ADMINISTRADORA		No COTIZANTES		LICENCIA MANTENIMIENTO		SALDO A FAVOR		LIQUIDACION		MOEA		TOTALES	
CODIGO	NOMBRE		VALOR	NUMERO AUTORIZACION	VALOR	PUNILLA	VALOR	COTIZACION ADRES	VALOR	APORTES	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
CCTCS	CCTCS, PROTEGERS S.A.S	1	\$ 6		\$ 6		\$ 278,900	\$ 1,900	\$ 6	\$ 218,900	\$ 1,900	\$ 220,800	
SUBTOTALES:										\$ 218,900	\$ 1,900	\$ 220,800	

ADMINISTRACION		TOTAL APORTES A RECURSOS PROFESIONALES					TOTALES	
CÓDIGO	NOMBRE	Nº COLTANTES	INCAPACIDAD RP	PAGO A OTROS RECURSOS	PLUNILLA	LIQUIDACION	APORTES	VALOR PAGADO
			VALOR	VALOR	VALOR	COTIZACIÓN	NOVA	DESCUENTO
14-23	14-23 POSTAL COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	\$ 0	\$ 0		\$ 42.700	\$ 42.700	\$ 400
SUBTOTAL:							\$ 42.700	\$ 400
							\$ 42.700	\$ 400

[illegible]

TOTAL PAGADO:	\$ 546.500
---------------	------------