

	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:	2026-02-26
-----------------------------------	------------

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:	CD20260046	RP:	45	CDP:	2
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	5.200.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	2.600.000,00		
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2026-01-07	FECHA DE FINALIZACION:	2026-02-28		
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
-----------------------	-----	----------------------	-----	------------------------------------	------

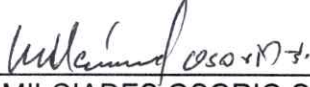
III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

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 Febrero

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES


MILCIADES OSORIO SANCHEZ
 8742789

UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADO CRÍTICO



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.

CD20260046

DE FECHA INICIO

07/01/2026

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	Garantizó 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	Observé y reporte de signos de alarma presentados por sus pacientes
3	Informé las fallas de material y equipo de servicios, al líder más cercano.
4	Participé en los programas de enseñanza en servicio para desarrollo de personal. Proporcionar orientación al paciente y familiar
5	Garantizó que la prestación de servicio objeto del contrato cumplen 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	Realicé aseo general semanal y diario cuando egrese el paciente, registrar en el formato correspondiente.
7	Clasifiqué, ordené y controlé las incinerias de los servicios a efectos de reposición de ropas y de vestuario, relacionándose con los servicios de lavandería
8	Realicé 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, registré oportunamente los elementos de protección personal y cumplir con el correcto uso de estos. Diligenciar correctamente los formatos requeridos en los servicios
10	Desarrolé las actividades definidas de acuerdo a contratación definido por partes con las agendas establecidas mensuales
11	Realicé notas de Enfermería a pacientes asignados en los tiempos reglamentados
12	Preparé 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	Informé a la enfermera y médico del estado de los pacientes relacionados a su competencia.
14	Realicé 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	Realicé 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:	6004324234	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

DAGOBERTO OROZCO DIAZ

Nº IDENTIFICACIÓN:

C.C. 1079918852

DATOS GENERALES DEL APORTANTE TIPO DE ENTIDAD: EMPRESA SOCIAL NOMBRE: SANTA MARIA DIRECCION: SANTO AGUSTIN TIPO DE APORTANTE: PRIVADO FORMA DE PRESERVACION: ACTIVO ECONOMICA APORTANTE EXPOSICION PAGO APORTES SALUD: SEAN E CORP (PERSONA TIPO 7/8/9) UNICO: NO		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA NÚMERO PLANILLA: 680432424 PERIODO COTIZACIÓN OTROS: MES PERIODO COTIZACIÓN SALUD: 2023 NÚMERO AUTORIZACION: 3020223		NÚMERO PLANILLA: 680432424 PERIODO COTIZACIÓN OTROS: MES PERIODO COTIZACIÓN SALUD: 2023 NÚMERO AUTORIZACION: 3020223		NÚMERO PLANILLA: 680432424 PERIODO COTIZACIÓN OTROS: MES PERIODO COTIZACIÓN SALUD: 2023 NÚMERO AUTORIZACION: 3020223	
---	--	--	--	---	--	---	--

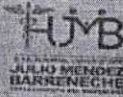
TOTAL APORTES A PERSONA		TOTAL APORTES A PERSONA		TOTAL APORTES A PERSONA		TOTAL APORTES A PERSONA		TOTAL APORTES A PERSONA		TOTAL APORTES A PERSONA	
CODIGO	NOMBRE	Nº COTIZANTES	COTIZACION	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLICITUD	PER	SUBSISTENCIA	COTIZACION	MORSA	PER
00000	PERSONA TIPO 7/8/9	1	1.750.000	1.750.000	1.750.000	1.750.000	1.750.000	1.750.000	1.750.000	1.750.000	1.750.000
TOTALES											

TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A SALUD	
CODIGO	NOMBRE	Nº COTIZANTES	COTIZACION	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLICITUD	PER	SUBSISTENCIA	COTIZACION	MORSA	PER
00000	PERSONA TIPO 7/8/9	1	1.750.000	1.750.000	1.750.000	1.750.000	1.750.000	1.750.000	1.750.000	1.750.000	1.750.000
TOTALES											

TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A SALUD	
CODIGO	NOMBRE	Nº COTIZANTES	COTIZACION	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLICITUD	PER	SUBSISTENCIA	COTIZACION	MORSA	PER
00000	PERSONA TIPO 7/8/9	1	1.750.000	1.750.000	1.750.000	1.750.000	1.750.000	1.750.000	1.750.000	1.750.000	1.750.000
TOTALES											

TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A SALUD	
CODIGO	NOMBRE	Nº COTIZANTES	COTIZACION	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLICITUD	PER	SUBSISTENCIA	COTIZACION	MORSA	PER
00000	PERSONA TIPO 7/8/9	1	1.750.000	1.750.000	1.750.000	1.750.000	1.750.000	1.750.000	1.750.000	1.750.000	1.750.000
TOTALES											

TOTAL PAGADO: \$ 545.700



ACTA FINAL

CODIGO: GJC25F
VERSION: 002
FECHA ULTIMA DE
REVISION: 12/12/2024
PAGINA 1 de 1

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO CD20260046 DEL 2026

NO. DEL CONTRATO	CD20260046 DEL 2026
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	DAGOBERTO OROZCO DIAZ
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 E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	CINCO MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/L (\$5.200.000)
FORMA DE PAGO	El HJMB cancelará al CONTRATISTA (2) 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 28 de FEBRERO de 2026.
CDP	2
REGISTRO PRESUPUESTAL	45
FECHA DE ACTA DE INICIO	7 DE ENERO DE 2026
FECHA DE TERMINACION CONTRATO	28 DE FEBRERO DE 2026
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 DE 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 CD20260046 por otra parte DAGOBERTO OROZCO DIAZ, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1079938852 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 FEBRERO del año 2026.

SUPERVISOR,

MILCIADES OSORIO SANCHEZ
CC. 83.742.789

CONTRATISTA,

DAGOBERTO OROZCO DIAZ
1079938852

Proy. R. C. María Camila De Alba
Profesional Administrativo Enfermería

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

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	2026-02-26		
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:	CD20260046						
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:	45	CDP:	2	FECHA INICIO:	2026-01-07	FECHA FINAL:	2026-02-28
VALOR CONTRATO:	5.200.000,00		VALOR A PAGAR:	2.600.000,00			
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:	Febrero						

FIRMA



DAGOBERTO OROZCO DIAZ
C.C. 1079938852 expedida en PIVIJAY -MAGDALENA