HJMB	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 STEPHANIE GREYS TORRES PAREJO Identificado con C.C. 1083468434

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:	CD20260144	RP:	133	CDP:	2
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	5.200.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:			2.600.000,00
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2026-01-08	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

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 Febrero

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

MILCIADES OSORIO SANCHEZ
8742789
UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADO CRÍTICO

Powered by CamScanner

	FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	CODIGO: GJG33F VERSION: 003 FECHA DE ULTIMA REVI 17/06/2024 PAGINA 1 de 1

CELEBRADO ENTRE LA E S E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y

STEPHANIE GREYS TORRES PAREJO

CON C.C N° 1.083.468.434

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 HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20260144	DE FECHA INICIO	8/1/2026

II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO
(Deben ser coherentes con las actividades especificas del objeto del contrato)

ITEM	
1	Recibir y entregar turno de acuerdo a las guias institucionales
2	Observa y reporta signos de alarmas presentados por los pacientes
3	Informa las faltas de material y equipos del servicio, al lider mas cercano
4	Participa en los programas de ensañanzas en servicio de desarrollo de personal proporcionar orientacion al paciente y familiar
5	Garantiza que la prestacion de servicio objeto del contrato cumplan estrictamente con las caracteristicas y referencias descritas en el presente contrato Las cuales se deben ajustar a las normas de calida de conformidad establecido en la E S E Hospital universitario Julio Mendez Barreneche Adicionalmente la garantia de los servicios ofrecidos deben permitir que estos se mantenjen en calidad e idoneidad
6	Realice asepsia general semanal y diaria cuando egrese el paciente, y registre en el formato correspondiente
7	Clasificar ordenar y controlar las lenceria de los servicios a efectos de reposicion de ropas y de vestuario,relacionadose con los servicios de lavanderia
8	Realice una adecuada segregacion de los elementos de proteccion personal,residios hospitalarios que se generen de la atencion de los pacientes,desinalquier procedimiento y manejo de ropa sucia
9	Recibir y registre oportunamente los elementos de proteccion personaly cumplir con el correcto uso de estos Diligenciar correctamente los formatos requeridos por en los servicios
10	Desarrolle las actividades definidas de acuerdo a contratacion definidos por partes por las agendas establecidas mensuales
11	Realice notas de enfermeria a los pacientes asignados en los tiempos reglamentarios
12	Preparar el cuerpo del paciente fallecido y entregar al familiar las pertenecias personales del mismo. Asegurando que se realice de forma respetuosa y conforme a los procedimientos establecidos
13	Informe las enfermera y medico el estado de los pacientes realcionados a su competencia
14	Realice el seguimiento de la correcta administracion de medicamentos bajo la supervision de la enfermera,garantizando el cumplimiento de los protocologos establecidos y bienestar del paciente
15	Realice todas y cada una de las actividades que me asigne el supervisor del contrato y los demas que determine el Gerente, y que se deriben delas necesidades de la E.S.E.

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9498384235	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	24/02/2026	$ 218900
PENSIÓN:	PORVENIR	24/02/2026	$ 280200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	24/02/2026	$ 42700

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:	Stephanie Torres P.
N°. IDENTIFICACIÓN:	1.083.468.434

Powered by CamScanner

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificacion	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1083468434		TORRES PAREJO STEPHANIE GREYS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle19 N17-76	CIENAGA-MAGDALENA	3043489487	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-01	1000000245	549838435	1	2026/02/09	2026/02/24	BANCO DE BOGOTA	15	$547,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$2,700	$0	$282,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$2,700	$0	$282,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$500	$0	$43,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$42,700	$500	$0	$43,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$2,100	$0	$221,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$218,900	$2,100	$0	$221,000
TOTAL				1	$541,800	$5,300	$0	$547,100

Powered by CamScanner

aportes en linea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	Dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1083440674		TORRES PABLO STEPHANE GREYS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle19 N17-76	CIENAGA-MAGDALENA	3043489487	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-01	1000000210	94903842171	I	2026/02/09	2026/02/24	BANCO DE BOGOTA	15	$547,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	
[redacted]					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (2 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0	
[redacted]					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0	
[redacted]					$1,750,905	$280,200	EPS037	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,750,905	$42,700	0	$0	$0	
Total	Afiliados(2)				$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0	

Powered by CamScanner

HUJMB JULIO MENDEZ BARRENECHE	**ACTA FINAL**	CODIGO: GJC26F VERSION: 002 FECHA ULTIMA DE REVISION: 12/12/2024 PAGINA 1 de 1

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20260144 DEL 2026

NO. DEL CONTRATO	CD20260144 DEL 2026
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	STEPHANIE GREYS TORRES PAREJO
NO. DE IDENTIDAD	1083468434
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 HUJMB 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	Previa legalización del contrato sin exceder 28 de FEBRERO de 2026.
CDP	2
REGISTRO PRESUPUESTAL	133
FECHA DE ACTA DE INICIO	8 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* **CD20260144** *por otra parte* **STEPHANIE GREYS TORRES PAREJO**, *identificado con la cedula de ciudadanía No.* **1083468434** *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,

STEPHANIE GREYS TORRES PAREJO
1083468434

Proyectó: Mario Ospino De Alba
Profesional Administrativo Enfermería

Powered by CamScanner

STEPHANIE GREYS TORRES PAREJO
1083468434
CLL 19 17-6
3043489487
STEPHAMIETORRES061989@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2026-02-26**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	STEPHANIE GREYS TORRES PAREJO		
DOCUMENTO:	1083468434		
DIRECCIÓN:	CLL 19 17-6	TELÉFONO:	3043489487
CORREO ELECTRONICO:	STEPHAMIETORRES061989@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:	CD20260144						
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:	133	CDP:	2	FECHA INICIO:	2026-01-08	FECHA FINAL:	2026-02-28
VALOR CONTRATO:	5.200.000,00			VALOR A PAGAR:	2.600.000,00		
BANCO A CONSIGNAR:	BOGOTA			TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	220048684
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Febrero**						

FIRMA

Stephanie Torres P.

STEPHANIE GREYS TORRES PAREJO
C.C. 1083468434 expedida en CIENAGA

Powered by CamScanner