CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y NELLY MARIA NAVARRO SANTIAGO identificado con C.C. 36542776

Fecha de Diligenciamiento:	2026-03-30

I. DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPIT UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.

N° CONTRATO:	CD20261385	RP:	2074	CDP:	437
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	11.100.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:			3.700.000,0
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 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 verificad 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 socia 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 correspondier periodo del mes de Marzo

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

LIZETH PAOLA CARDENAS ZAMBRANO
1082957906
UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA

Powered by CamScanner

NELLY MARIA NAVARRO SANT
365
CARRERA 32B #29-101 CONJUNTO LAS JUANAS CASA 2 BARRIO SANTA L
322849
NELLYNASANTI@HOTMAIL

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2026-03-30**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	NELLY MARIA NAVARRO SANTIAGO		
DOCUMENTO:	36542776		
DIRECCIÓN:	CARRERA 32B #29-101 CONJUNTO LAS	TELÉFONO:	32[illegible]SAN
CORREO ELECTRONICO:	NELLYNASANTI@HOTMAIL.ES		

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

Nº CONTRATO:	CD20261385
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:	2074	CDP:	437	FECHA INICIO:	2026-03-19	FECHA FINAL:	2026-05-31
VALOR CONTRATO:	11.100.000,00			VALOR A PAGAR:	3.700.000,00		
BANCO A CONSIGNAR:	DAVIVIENDA			TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	1171000
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Marzo**						

FIRMA

Nelly Navarro

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

Powered by CamScanner

HUJMB JULIO MENDEZ BARRENECHE	**ACTA DE INICIO**	CÓDIGO: GJC25F VERSIÓN: 002 FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 09/1/2025 PÁGINA 1 de 1

ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20261385 DEL 2026

NO. DEL CONTRATO	CD20261385 DEL 2026
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL 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	ONCE MILLONES CIEN MIL PESOS M/L. ($11.100.000)
FORMA DE PAGO	EL HUJMB cancelará al CONTRATISTA,3 cuota(s), por valor de TRES MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS M/I. ($3.700.000), 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 MAYO de 2026.
CDP	437
REGISTRO PRESUPUESTAL	2074
SUPERVISOR DEL CONTRATO	**SUBGERENTE 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 **CD20261385** 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 19 Días, del mes de MARZO del año 2026.

SUPERVISOR,

LIZETH CARDENAS ZAMBRANO
C.C 1.082.957.906

CONTRATISTA,

Nelly Navarro S.

NAVARRO SANTIAGO NELLY MARIA
CC 36542776

Proyectó: María Camila De Alba
Profesional Administrativo Enfermeria

Reviso: Ivanna Torres Torres
Abogada Subgerencia cientifica

Powered by CamScanner

HUMB HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO**	CODIGO GACDF VERSION: 003 FECHA DE ULTIMA REVISION: 30/09/2024 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:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CPS2026139	DE FECHA INICIO	19/1/2026

ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones especificas del objeto del contrato) 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 clara identificación de pacientes, Verificar en Equipo riesgosa segregación de residuos hospitalarios orden y aseo de los servicios
3	Verificar la aplicación de las listas de chequeo para el control en la prevención de infecciones y procesos básicos de enfermería
4	Velar por el cumplimiento de los protocolos,procesos y formatos de los diferentes servicios, ejemplo, el ingreso y salida de los auxiliares de enfermería
5	Comprobar la realización 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 enfermería(epicrisis clínica,cardex,registros estadísticos,planes de asignación rotación,etc), y asegurar la actualización diaria de los registros en el tablero de camas respectivas
7	Detectar la necesidad de materiales,equipo de los servicios y gestionar la adquisición.
8	Verificar que se cumpla con la notificación inmediata de los eventos adversos y/o incidentes que se presentan en la atención de pacientes
9	Verificación de la preparación adecuada de los equipos y cirugía
10	Verificar el registro de las anotaciones de las enfermeras asistenciales
11	Asistir a las reuniones y rondas medicas y de enfermería de su área para estar al tanto del proceso de atención y cuidado de los pacientes.
12	Realizar la notificación de daños y realizar rondas conjuntamente con el área de mantenimiento.
13	Informar por escrito,diariamente a coordinación los inconvenientes presentados en cada servicio.
14	Proporcionar atención de enfermería a pacientes hospitalizados según las necesidades físicas,fisiológicas,psicológicas y sociales según lo establecido en el plan de atención de enfermería
15	Apoyar en el manejo y control de material y equipos en la atención del paciente
16	Diligenciar y entregar historias clínicas a facturación de pacientes que tengan egresos en el orden establecidos
17	Cumplir con el diligenciamiento de los RIPS, formatos,instrumentos de control,seguimiento,evaluación de ,la E.S.E.
18	Verificar el correcto diligenciamiento del formato SIVIGILA.
19	Actualizar cardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo a los cambios efectuados por el medico tratante en la evolución y orden ,en los diferentes turnos (Corrido-Noche)
20	Administración de medicamentos de acuerdo al protocologo institucional.
21	Supervisar y cumplir con la correcta segregación de los elementos de protección personal y manejo de ropa sucia
22	Debe realizar un informe detallado sobre las actividades realizadas y cumplimiento de las mismas,según la secuencia establecida por la Unidad funcional de Enfermería
23	Apoyar en la supervisión e inspección oportuna al carro de paro,equipos biomédicos con los que cuenta el servicio,hacer las respectivas anotaciones a que hallan lugar sea diaria y quincenal
24	Gestionar la información ,y/o documentos físicos,ordenes de procedimientos que se genere en el servicio de acuerdo a las necesidades del paciente y normatividad.
25	Garantizar que la prestación de servicio objeto del contrato cumplan estrictamente con las características 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 garantía 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:	4646329023	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	SALUD TOTAL	09/03/2026	$ 178000
PENSIÓN:	N/A	N/A	N/A
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	09/03/2026	$ 34700

IV.DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrolló 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:	Nelly Navarro S.
Nº. IDENTIFICACIÓN:	36.542.776

Powered by CamScanner

soi — Bancoomeva

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	35542776
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			NELLY MARIA NAVARRO SANTIAGO
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	CRA 21A 25-17 ALTO DE SANTA	TELÉFONO:	4000000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICSF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
NÚMERO PLANILLA:	4646329023	TIPO DE PLANILLA:	INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES febrero AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES febrero AÑO 2026
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/03/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN	9896023001

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900
SUBTOTALES:													$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 42.700	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 42.700
SUBTOTALES:									$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 42.700

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA
1	CC 35542776	NAVARRO SANTIAGO NELLY MARIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	NO OBLIG COT PENS EDAD	$ 1.750.905				NO

NOVEDADES

Nº	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
1	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900

SEGURIDAD SOCIAL — ARP

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905	35542776	$ 42.700

PARAFISCALES

Nº	DÍAS COT	ISC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICSF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 261.600

Planilla Pagada
ach soi
Planilla Pagada
Powered by CamScanner

:P-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 *******

Powered by CamScanner