	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
DIAGNE REBECA DE JESUS BASTIDAS BENITEZ identificado con C.C. 5181810**

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: CD20260142 **RP:** 132 **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 FINALIZACIÓN:** 2026-02-28

NOMBRE DEL SUPERVISOR: MILCIADES OSORIO SANCHEZ

UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADO CRÍTICO

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

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

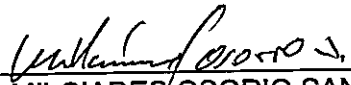
III. VERIFICACIÓN DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

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



FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y
 DIAGNE REBECA BASTIDAS BENITEZ
 CON PPT N° 51818810

I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS			
OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.			
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		CD20260142	DE FECHA INICIO: 08/01/2026
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	Brindar atención de enfermería a los pacientes de consulta externa y hospitalizados, según sus necesidades físicas, fisiológicas, psicológicas y sociales, asegurando un cuidado integral y personalizado.		
2	Hacer un uso adecuado y racional de los elementos, recursos y demás medios proporcionados por la institución, garantizando su conservación y aprovechamiento eficiente.		
3	Garantizar la presencia oportuna, cuando se requiera hacer los procedimientos y labores propias del auxiliar de enfermería en cualquier servicio de la E.S.E.		
4	Observación y reporte de signos de alarma presentados por sus pacientes.		
5	Informar los fallos de material y equipo de servicios, al área más cercana.		
6	Participar en los programas de enseñanza en servicio para desarrollo de personal. Preparar orientación al paciente y familiar.		
7	Garantizar que la prestación de servicios 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.		
8	Realizar asepeo general semanal y diario cuando agrave el paciente, registrar en el formato correspondiente.		
9	Clasificar, ordenar y controlar las inventories de los servicios e efectos de reposición de ropas y de vestuario, relacionándose con los servicios de lavandería.		
10	Realizar 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.		
11	Recibir, registrar oportunamente los elementos de protección personal y cumplir con el correcto uso de estos. Diligenciar correctamente los formatos requeridos en los servicios.		
12	Desarrollar las actividades de acuerdo a contratación definida por partes con las agencias establecidas mensuales.		
13	Realizar notas de Enfermería a pacientes asignados en los tiempos reglamentados.		
14	Preparar al 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.		
15	Informar a la enfermera y médico del estado de los pacientes relacionados a su competencia.		
III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	46369008009	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COOSALUD	09/02/2026	\$ 219400
PENSIÓN:	COLPENSIONES	09/02/2026	\$ 280800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	09/02/2026	\$ 42800
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:	Diagne Bastidas		
N° IDENTIFICACIÓN:	51818810		



ACTA FINAL

CODIGO: GJC26F
VERSION: 002
FECHA ULTIMA DE
REVISION: 12/12/2024
PAGINA 1 de 1

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20260142 DEL 2026

NO. DEL CONTRATO	CD20260142 DEL 2026
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	DIAGGNE REBECA DE JESUS BASTIDAS BENITEZ
NO. DE IDENTIDAD	5181810
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.
GDP	2
REGISTRO PRESUPUESTAL	132
FECHA DE ACTA DE INICIO	8 DE ENERO DE 2026
FECHA DE TERMINACION CONTRATO	28 DE FEBRERO DE 2026
ADICION	
GDP 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 CD20260142 por otra parte DIAGGNE REBECA DE JESUS BASTIDAS BENITEZ, identificado con la cedula de ciudadanía No. 5181810 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


Proyecto María Camila De Alba
Profesional Administrativo Enfermería

CONTRATISTA,


DIAGGNE REBECA DE JESUS BASTIDAS
BENITEZ
5181810



**PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL**



DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL:	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	5181810	NÚMERO PLANILLA:	4836908009	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	SANTA MARTA DEPARTAMENTO:	DIAGGNE REBECA DE JESUS BASTIDAS BENITEZ	MAGDALENA	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES
Ciudad/Departamento:	TELÉFONO:	9996999	INDEPENDIENTE	DÍAS DE MORA:	0	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	999954546
DIRECCIÓN:	BONDA CENTRO CALLE 20 # 4-101	CLASE APORTANTE:	COMERCIO al por mayor de computadores, equipo per	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/02/09		
TIPO APORTANTE:	60-INDEPENDIENTE	ACTIVIDAD ECONOMICA:	UNICO				
TIPO EMPRESA:	PRIVADA						
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO						
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				

TOTAL APORTES A PENSION														
CÓDIGO	ADMINISTRADORA	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS				MORA		TOTALES			
					EMPLOYADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO	
25-14			1	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 900	\$ 0	\$ 280.200	\$ 900	\$ 281.100
SUB-TOTALES:														

TOTAL APORTES A SALUD															
CÓDIGO	ADMINISTRADORA	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD	LICENCIA MATERNIDAD	SALDO A FAVOR	LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES				
							VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA
ESSC24			1			\$ 0	\$ 0	\$ 218.900	\$ 0	\$ 700	\$ 0	\$ 218.900	\$ 700	\$ 0	\$ 219.600
SUB-TOTALES:															

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES															
CÓDIGO	ADMINISTRADORA	NOMBRE	No. COTIZANTES	RICAPACIDAD RP	SALDO A FAVOR	LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES					
						VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23			1		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 42.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 42.700	\$ 200	\$ 0	\$ 42.900
SUB-TOTALES:															

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																					
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	SALARIO	DESCUENTO	EXTRINSECO	EXTRINSECO	EXTRINSECO	EXTRINSECO	EXTRINSECO	EXTRINSECO	EXTRINSECO	EXTRINSECO	EXTRINSECO	EXTRINSECO	EXTRINSECO	EXTRINSECO	EXTRINSECO	EXTRINSECO	EXTRINSECO	EXTRINSECO	EXTRINSECO	EXTRINSECO	EXTRINSECO	EXTRINSECO	EXTRINSECO	EXTRINSECO	EXTRINSECO	EXTRINSECO	EXTRINSECO	EXTRINSECO	EXTRINSECO			
																																			ADMIN	IBCF	COTIZACIÓN
1	5181810	BASTIDAS BENITEZ REBECA DE JESUS	INDEPENDIENTE	INTE	\$ 1.750.905																																

TOTAL PAGADO: \$ 543.600

