HJMB JULIO MENDEZ BARRENECHE	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 JAIME ALFONSO GRANADOS INFANTE identificado con C.C. 4979083

Fecha de Diligenciamiento:	2026-04-27

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:	CD20261245	RP:	1908	CDP:	437
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	7.800.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:			2.600.000,00
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2026-03-18	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 Abril

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

LIZETH PAOLA CARDENAS ZAMBRANO
1082957906
UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA

Powered by CamScanner

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	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

JAIME ALFONSO GRANADOS INFANTE

CON C.C Nº4.979.083

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.	CD20261245	DE FECHA INICIO	18/3/2026

ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas del objeto del contrato)
1	Recibi y entregue turno de acuerdo a las guias institucionales
2	Observe y reporte signos de alamarmas presentados por los pacientes
3	Informe las fallas de maerial y equipos del servicio, al lider mas cercano
4	Participe en los programas de enseñanzas en servicio de desarrollo de personal proporcionar orientacion al lpaciente y familiar
5	Garantice que la prestacion de servicio objeto del contrato cump,lan estrictamente con las varacteristicas y referencias descritas en el presente contrato.Las cuales se deben agustar a las normas de calida de conformidad con lo establecido en la E.S.E Hospital universitario Julio Mendez Barreneche.Adicionalmente la garantia de los servicios ofrecidos deben permitir que estos se mantengan su calidad e idionidad
6	Realice asepsia general semanal y diaria cuando egres el paciente, y registre en el formato correspondiente
7	Clasificar,ordenar y controlar las lencerias 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,residuos hospitalarios que se generen de la atencion de los pacientes,decualquier procedimento y manejo de ropa sucia
9	Recibi 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 procedimentos 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:	5168447011	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	24/04/20256	$ 218900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	24/04/2026	$ 280200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	24/04/2026	$ 42700

IV.DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

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

FIRMA DEL CONTRATISTA:	
Nº. IDENTIFICACIÓN:	4.979.083

Powered by CamScanner

JAIME ALFONSO GRANADOS INFANTE
4979083
CARRERA 16A 782 BARRIO OBRERO
3044837070
JAIMEGRANADOS592@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2026-04-27**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	JAIME ALFONSO GRANADOS INFANTE		
DOCUMENTO:	4979083		
DIRECCIÓN:	CARRERA 16A 782 BARRIO OBRERO	TELÉFONO:	3044837070
CORREO ELECTRONICO:	JAIMEGRANADOS592@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:	CD20261245						
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:	1908	CDP:	437	FECHA INICIO:	2026-03-18	FECHA FINAL:	2026-05-31
VALOR CONTRATO:	7.800.000,00			VALOR A PAGAR:	2.600.000,00		
BANCO A CONSIGNAR:	DAVIVIENDA			TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	116500012
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Abril**						

FIRMA

JAIME ALFONSO GRANADOS INFANTE
C.C. 4979083 expedida en SANTA MARTA

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANÍA	NUMERO DE IDENTIFICACION:	4979063
NOMBRE O RAZON SOCIAL:			JAIME ALFONSO GRANADOS INFANTE
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCION:	SANTA MARTA	TELEFONO:	4300000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACION:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA:	5168447011	TIPO DE PLANILLA:	I		
PERIODO COTIZACION OTROS	MES marzo AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES marzo AÑO 2026		
DIAS DE MORA:	2				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/04/24	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1999580223		

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CODIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 400	$ 0	$ 280.200	$ 400	$ 280.600
SUBTOTALES:										$ 280.200	$ 400	$ 280.600

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACION		MORA		TOTALES			
CODIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 300	$ 0	$ 218.900	$ 300	$ 0	$ 219.200
SUBTOTALES:													$ 218.900	$ 300	$ 0	$ 219.200

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD P/P		PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR		LIQUIDACION	TOTALES			
CODIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR		PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-03	14-03-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 42.700	$ 42.700	$ 100	$ 0	$ 42.800
SUBTOTALES:									$ 42.700	$ 100	$ 0	$ 42.800

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE								NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES										
Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	IGE	IRT	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	INP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	PENSIÓN FSP SUBSISTENCIA	PENSIÓN FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	CCF	TOTAL APORTE	SENA	TOTAL APORTE	ICBF	TOTAL APORTE	ESAP	TOTAL APORTE	MINEDU	TOTAL APORTE
1	CC 4979063	GRANADOS INFANTE JAIME ALFONSO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.751.905			NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.751.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 280.200	EPS005-SANITAS S.A	30	$ 1.751.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-03-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.751.905	$ 4979063	$ 42.700		$ 0																			

TOTAL PAGADO: $ 542.500

Planilla Pagada