E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO 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 DAGOBERTO OROZCO DIAZ identificado con C.C. 1079938852

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:	CD20261241	RP:	1978	CDP:	437
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	7.800.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:			2.600.000,00
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2026-03-19	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 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

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

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2026-04-27**		
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:	CD20261241						
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:	1978	CDP:	437	FECHA INICIO:	2026-03-19	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:	117100114422
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Abril**						

FIRMA

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

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ 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			
DAGOBERTO OROZCO DIAZ			
CON C.	1.079.938.852		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS			
OBJETO DEL CONTRATO:	PESTACION 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.	CD20261241	**DE FECHA INICIO**	**19/03/2026**

	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	Garantice 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	Garantícé que la prestación de servicio objeto del contrato cumplan 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 asepsia general semanal y diaria cuando egrese el paciente, registrar en el formato correspondiente.
7	Clasifiqué, ordené y controlé las lencerías 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	Recibí, registré oportunamente los elementos de protección personal y cumplir con el correcto uso de estos. Diligenciar correctamente los formatos requeridos en los servicios
10	Desarrollé 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:	**6012918321**	**OPERADOR:**	**SOI**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	FECHA DE PAGO	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**PROTEGER EPS**	**20/04/2026**	**218.900**
PENSIÓN:	**PORVENIR**	**20/04/2026**	**280.200**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA ARL**	**20/04/2026**	**42.700**

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
N°. IDENTIFICACIÓN:	**C. C. 1079938852**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1079938852
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			DAGOBERTO OROZCO DIAZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	SANTA MARTA	TELÉFONO:	4000000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			6012918321	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES marzo AÑO 2026
DÍAS DE MORA:			5		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/04/20	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	238857270

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 280,200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1,000	$ 0	$ 280,200	$ 1,000	$ 281,200
SUBTOTALES:										**$ 280,200**	**$ 1,000**	**$ 281,200**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
CCFC55	CCFC55- PROTEGER EPS S.A.S	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218,900	$ 0	$ 800	$ 0	$ 218,900	$ 800	$ 0	$ 219,700
SUBTOTALES:													**$ 218,900**	**$ 800**	**$ 0**	**$ 219,700**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 42,700	$ 42,700	$ 200	$ 0	$ 42,900
SUBTOTALES:									**$ 42,700**	**$ 200**	**$ 0**	**$ 42,900**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																					SEGURIDAD SOCIAL																										PARAFISCALES						
																															PENSIÓN									SALUD						ARP																								
																																		FSP		APORTES VOLUNTARIOS																																		
Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	FORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	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	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1079938852	OROZCO DIAZ DAGOBERTO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1,750,905				NO																		230301-PORVENIR	30	1,750,905	$ 280,200	$	$	$	$	Norma	$ 280,200	CCFC55-PROTEGER EPS S.A.S	30	1,750,905	$ 218,900	$	$ 218,900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	1,750,905	10799388	$ 42,700		$	$	$	$	$

TOTAL PAGADO: $ 543.800

Planilla Pagada