

ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20262049 DEL 2026

NO. DEL CONTRATO	CD20262049 DEL 2026
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	DE LA CRUZ GONZALEZ SHIRLEY MARIA
NO. DE IDENTIDAD	1080540027
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	SIETE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/L. (\$7.800.000)
FORMA DE PAGO	EL HUIJMB cancelará al CONTRATISTA, 3 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 31 de AGOSTO de 2026.
CDP	954
REGISTRO PRESUPUESTAL	2937
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 CD20262049 por otra parte DE LA CRUZ GONZALEZ SHIRLEY 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 12 Días, del mes de JUNIO del año 2026.

SUPERVISOR,

CONTRATISTA,


LIZETH CARDENAS ZAMBRANO
C.C 1.082.957.906


DE LA CRUZ GONZALEZ SHIRLEY MARIA
CC 1080540027

Pro. de la Cruz Gonzalez Shirley Maria
Pro. de la Cruz Gonzalez Shirley Maria

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1080540027		DELACRUZ GONZALEZ SHIRLEY MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 30 # 29-30	SANTA MARTA-MAGDALENA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2026-05	2026-05	394636385	9505064540	I	2026/06/05	2026/06/16	NEQUI	11	\$546,300

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	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	
1	CC 1080540027	DE LA CRUZ SHIRLEY	25-14	30	\$1,750,905	\$280,200	ESSC24	30	\$1,750,905	\$218,900	0		\$0	\$0	14-23	30	\$1,750,905	\$42,700	0	\$0	\$0	
Total Afiliados(1)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	



en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Exonerado SENA e ICBF
CC 1080540027		DELACRUZ GONZALEZ SHIRLEY MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 30 # 29-30	SANTA MARTA-MAGDALENA	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2026-05	2026-05	394636385	9505064540	I	2026/06/05	2026/06/16	NEQUI	11	\$546,300

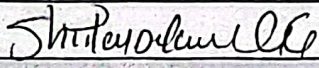
RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$2,300	\$0	\$282,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$280,200	\$2,300	\$0	\$282,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$400	\$0	\$43,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$42,700	\$400	\$0	\$43,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$1,800	\$0	\$220,700
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	1	\$218,900	\$1,800	\$0	\$220,700
TOTAL				1	\$541,800	\$4,500	\$0	\$546,300



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 MÉNDEZ BARRENECHE Y			
SHIRLEY MARIA DE LA CRUZ GONZALEZ			
CON C.C N° 1080540027			
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS			
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 MENDEZ BARRENECHE.	
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		CD20262049	DE FECHA INICIO 12/06/2026
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	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		
2	Observación y reporte de signos de alarma presentados por sus pacientes		
3	Informar las fallas de material y equipo de servicios, al líder más cercano.		
4	Participar en los programas de enseñanza en servicio para desarrollo de personal Proporcionar orientación al paciente y familiar		
5	Garantizar 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	Realizar asepsia general semanal y diaria cuando egrese el paciente, registrar en el formato correspondiente.		
7	Clasificar, ordenar y controlar las lencerías de los servicios a efectos de reposición de ropas y de vestuario, relacionándose con los servicios de lavandería.		
8	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		
9	Recibir, registrar oportunamente los elementos de protección personal y cumplir con el correcto uso de estos. Diligenciar correctamente los formatos requeridos en los servicios		
10	Desarrollar las actividades definidas de acuerdo a contratación definido por partes con las agendas establecidas mensuales		
11	Realizar notas de Enfermería a pacientes asignados en los tiempos reglamentados		
12	Preparar 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	Informar a la enfermera y médico del estado de los pacientes relacionados a su competencia.		
14	Realizar 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	Realizar 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:	9505064540	OPERADOR:	APORTE EN LÍNEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COOSALUD	2026/06/16	\$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/06/16	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/06/16	\$ 42.700
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:			
N°. IDENTIFICACIÓN:	CC 1080540027		

SHIRLEY MARIA DELACRUZ GONZALEZ
1080540027
CALLE 30 CR 3 NUMERO 29-30 MANZANARES
3205402234
SHIRLEYDELACRUZ9927@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

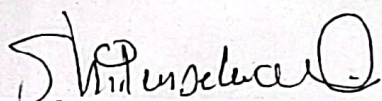
Fecha de Diligenciamiento:	2026-06-30		
NOMBRES Y APELLIDOS:	SHIRLEY MARIA DELACRUZ GONZALEZ		
DOCUMENTO:	1080540027		
DIRECCIÓN:	CALLE 30 CR 3 NUMERO 29-30 MANZA	TELÉFONO:	3205402234
CORREO ELECTRONICO:	SHIRLEYDELACRUZ9927@GMAIL.COM		

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:		CD20262049							
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:	2937	CDP:	954	FECHA INICIO:	2026-06-12	FECHA FINAL:	2026-08-31		
VALOR CONTRATO:		7.800.000,00		VALOR A PAGAR:		2.600.000,00			
BANCO A CONSIGNAR:		BANCO BOGOTA		TIPO DE CUENTA:		Ahorros	No. CUENTA:	564847218	
CDP - ADICION:		N/A		RP - ADICION:		N/A		VALOR ADICION:	0,00
PERIODO OBJETO DE COBRO:						Junio			

FIRMA


SHIRLEY MARIA DELACRUZ GONZALEZ
C.C. 1080540027 expedida en 2017/07/18