E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA	**ACTA FINAL**	CODIGO: GJC26F VERSION: 002 FECHA ULTIMA DE REVISION: 12/12/2024 PAGINA 1 de 1

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20262242 DEL 2026

NO. DEL CONTRATO	**CD20262242**
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**ISAURA LEONOR SIMANCA SUAREZ**
NO. DE IDENTIDAD	CC 36553031
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**SIETE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/L. ($7.800.000)**
FORMA DE PAGO	El HUJMB cancelará al CONTRATISTA en TRES (3) pago equivalente a 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	PREVIA LEGALIZACIÓN DEL CONTRATO SIN EXCEDER EL 31 DE MAYO DEL 2026.
CDP	No. 954
REGISTRO PRESUPUESTAL	No. 3031
FECHA DE ACTA DE INICIO	16 /JUNIO/2026
FECHA DE TERMINACION CONTRATO	31 /AGOSTO /2026
ADICION	
CDP DE LA ADICION	No.1500
REGISTRO PRESUPUESTAL DE LA ADICION	No.4415
PLAZO ADICION	PREVIA LEGALIZACIÓN DEL CONTRATO SIN EXCEDER EL 31 DE SEPTIEMBRE DEL 2026
FORMA DE PAGO ADICION	EL HUJMB cancelará al CONTRATISTA en UNO (1) PAGO EQUIVALENTES A 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
FECHA DE TERMINACION DE CONTRATO CON ADICION.	PREVIA LEGALIZACIÓN DEL CONTRATO SIN EXCEDER EL 31 DE SEPTIEMBRE DEL 2026
VALOR ADICION	DOS MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M/L (2,600,000)
VALOR FINAL DEL CONTRATO	DIEZ MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/L (10,400,000)
SUPERVISOR DEL CONTRATO	PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE CONSULTA EXTERNA, APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

Entre los suscritos, **EVELYN ROSA GONZÁLEZ ORTEGA,** mayor de edad, identificado (a) con la cédula de ciudadanía número **36722648** expedida en el **Santa Marta (MAGDALENA)**, obrando en calidad de PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE CONSULTA EXTERNA, APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO quien actúa como supervisor del contrato **CD20262242** por otra parte **, ISAURA LEONOR SIMANCA SUAREZ** identificado con la cedula de ciudadanía No. 36553031 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 SEPTIEMBRE DEL 2026.

SUPERVISOR,

EVELYN ROSA GONZÁLEZ ORTEGA

CC 36722648

CONTRATISTA,

ISAURA LEONOR SIMANCA SUAREZ

CC 36553031

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

ISAURA LEONOR SIMANCA SUAREZ

CON C.C Nº 36.553.031

I. INFORMACION 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 E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20262242**	**DE FECHA INICIO**	**16/6/2026**

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	**se realizarón Recibo y entregar turno de manera puntual, siguiendo el protocolo establecido, toma de signos vitales a todos los usuarios ,traslado del paciente.**
2	**Se apoyó notificar inmediatamente a la Jefe de Enfermería sobre eventos adversos o incidentes en la atención y en la asepsia de consultorios y áreas de trabajo según protocolo institucional**
3	**Se realzó uso racional de insumos, equipos y medios institucionales asignados.**
4	**Se mantuvo presentación personal idónea, respetando normas de bioseguridad y atención humanizada.**
5	**Se recibio la agenda diaria, verificar asistencia de los usuarios y garantizar su atención por parte del médico tratante**
6	**Se realizó manejo adecuado de elementos de protección personal (EPP) y segregación de residuos hospitalarios conforme al PGIRHS.**
7	**Se realizó todas y cada una de las actividades que asigno el supervisor del contrato**

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

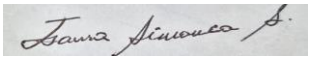
No. DE PLANILLA:	4662475579	**OPERADOR:**	**SOI**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**COOSALUD**	**11/09/2026**	**219.400**
PENSIÓN:	**PROTECCION**	**11/09/2026**	**0**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**11/09/2026**	**42.800**

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:	**36.553.031**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	36553031
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ISAURA LEONOR SIMANCA SUAREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	CALLE 5 6 51 PESCAITO	TELÉFONO:	5555555
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4662475579**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES agosto AÑO 2026			PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES agosto AÑO 2026
DÍAS DE MORA:	3				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/09/11			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9998031837

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
EPS042	EPS042 - COOSALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 500	$ 0	$ 218.900	$ 500	$ 0	$ 219.400
SUBTOTALES:													**$ 218.900**	**$ 500**	**$ 0**	**$ 219.400**

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
14-11	14-11 - ARL SURA	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										
																											PENSIÓN									SALUD							ARP																				
																														FSP		APORTES VOLUNTARIOS																																
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 36553031	SIMANCA SUAREZ ISAURA LEONOR	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	REQ CUMP PENS	$ 1.750.905				NO																			30	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	EPS042 - COOSALUD	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.750.905	36553031	$ 42.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 262.200

Planilla Pagada

Protección

Una empresa sura

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 900.379.921

Hace constar que:

El(La) Señor(a) **SIMANCA SUAREZ ISAURA LEONOR** identificado(a) con **CC** número **36.553.031** recibió una Devolución de Saldos de **VEJEZ**, por valor de **$ 16.150.846** generada el **26 de agosto de 2020**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 25 de septiembre de 2026.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a
https://customer0001.wolkvox.com/proteccion/index.php