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. CD20262244 DEL 2026

NO. DEL CONTRATO	**CD20262244**
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**ROSIRIS DIAZGRANADOS**
NO. DE IDENTIDAD	CC 36555341
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 AGOSTO DEL 2026.
CDP	No. 954
REGISTRO PRESUPUESTAL	No. 3033
FECHA DE ACTA DE INICIO	16/JUNIO /2026
FECHA DE TERMINACION CONTRATO	31 /AGOSTO/2026
ADICION	
CDP DE LA ADICION	N°1502
REGISTRO PRESUPUESTAL DE LA ADICION	N°4417
PLAZO ADICION	1 MES
FORMA DE PAGO ADICION	El HUJMB cancelará al CONTRATISTA en UNO (1) 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.
FECHA DE TERMINACION DE CONTRATO CON ADICION.	PREVIA LEGALIZACION 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 **CD20262244**por otra parte **, ROSIRIS DIAZGRANADOS** identificado con la cedula de ciudadanía No. 36555341 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,

ROSIRIS DIAZGRANADOS

CC 36555341

HJMB E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA	**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

ROSIRIS DIAZGRANADOS MARQUEZ

CON C.C Nº 36.555.341

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.	**CD20262244**	**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:	**9509942064**	**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SALUD TOTAL**	**10/9/2026**	**218.900**
PENSIÓN:	**PROTECCION**	**10/9/2026**	**0**
RIESGOS LABORALES:	**SURA**	**10/9/2026**	**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:	**36.555.341**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 36555341		DIAZGRANADOS MARQUEZ ROSIRIS ROSARIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	mz n casa 10 barrio cantilito	SANTA MARTA-MAGDALENA	3023337347	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	93003014	9509942064	I	2026/09/09	2026/09/10	BANCO DE OCCIDENTE	1	$261,900

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)						$0	$0			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$0	$0			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)						$0	$0			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
1	CC	36555341	DIAZGRANADOS ROSIRIS		0	$0	$0	EPS002	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	$42,700	0	$0	$0
Total			**Afiliados(1)**			$0	$0			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 36555341		DIAZGRANADOS MARQUEZ ROSIRIS ROSARIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	mz n casa 10 barrio cantilito	SANTA MARTA-MAGDALENA	3023337347	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	93003014	9509942064	I	2026/09/09	2026/09/10	BANCO DE OCCIDENTE	1	$261,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VAL
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$100					$0	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$42,700	$100	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$200					$0	
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$218,900	$200	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				**1**	**$261,600**	**$300**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$42,800
$42,800
$219,100
$219,100
$261,900

Protección

Fondo de Pensiones Voluntarias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

ROSIRIS ROSARIO DIAZGRANADOS MARQUEZ con número de identificación **CC 36555341**, se encuentra afiliado al **Fondo de Pensiones Voluntarias Protección** en el producto **SiempreActivo**

A la fecha presenta en su cuenta individual el siguiente saldo.

Portafolio de inversión	Saldo
PROTECCION VISTA	$ 6,518
TOTAL	$ 6,518

Nota: Los saldos están calculados con el valor de la unidad del día 09 de febrero de 2026.

Es entendido que el afiliado podrá hacer uso de este saldo siguiéndose a lo establecido en el reglamento para dicho producto dentro del fondo de Pensiones Voluntarias.

Se expide esta constancia a favor del interesado el 21 de mayo 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) 744 44 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://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/