# Información general

## Identificación del contrato

| | |
|---|---|
| **ID del contrato en SECOP** | CO1.PCCNTR.10031827 |
| **Versión del contrato** | 1 |
| **Estado de contrato** | Firmado |
| **Fecha de generación del estado** | 12 días de tiempo transcurrido *(3/10/2026 4:28:30 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* |
| **Número del contrato** | CD20263712 |
| **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. |
| **Tipo de Contrato** | Prestación de servicios |
| **¿Asociado a otro contrato?** | ☐Sí ☑No |
| **Duración del contrato** | 3 Meses |
| **Fecha de inicio de contrato** | - |
| **Fecha de terminación del contrato** | 31/12/2026 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* |
| **Tiempo adiciones en días** | 0 días |
| **Liquidación** | ☐Sí ☑No * |
| **Obligaciones Ambientales** | ☐Sí ☑No * |
| **Obligaciones pos consumo** | ☐Sí ☑No * |
| **Reversión** | ☐Sí ☑No * |

## Información de la Entidad Estatal contratante

**ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**

COLOMBIA, Santa Marta

**0** Recomendación (es)

## Información del Proveedor contratista

**ISAURA LEONOR SIMANCA SUAREZ**

COLOMBIA, Santa Marta
Número de documento 36553031

## Cuenta bancaria del proveedor

| Proveedor | Nombre del banco | Tipo de cuenta | Número de cuenta |
|---|---|---|---|
| ISAURA LEONOR SIMANCA SUAREZ | | | |

## Aprobación del contrato

**Aprobador – Proveedor**

***Aprobado por:*** *ISAURA LEONOR SIMANCA SUAREZ* ***Fecha de aprobación:*** *7/10/2026 5:05:53 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

**Aprobador – Entidad Estatal**

***Aprobado por:*** *NORA ELVIRA ANILLO ROMERO* ***Fecha de aprobación:*** *10/10/2026 6:32:41 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

**Contrato Firmado:**
**Contrato en ejecución:**

## Información del contrato

| | |
|---|---|
| **Tipo de proceso** | Contratación régimen especial |
| **Unidad de contratación** | Grupo de contratación SECOP II |
| **Proceso de Contratación** | PC-2026-4159-AUXILIAR EN ENFERMERÍA 1 |
| **Título de la oferta** | |
| **Cuantía del contrato** | 7.800.000 COP |

# Condiciones

## Documentos Tipo

| | | |
|---|---|---|
| **Documentos Tipo** | No | Documentos tipo adoptados por la ANCP-CCE en virtud de la Ley 2022 del 2020 |

## Decreto 248 de 2021

| | | |
|---|---|---|
| **¿Debe cumplir con invertir mínimo el 30%de los recursos del presupuesto destinados a comprar alimentos, cumpliendo con lo establecido en la Ley 2046 de 2020, reglamentada por el Decreto 248 de 2021?** | ☐Sí ☑No | El decreto 248 de 2021, obliga a las entidades que manejen recursos públicos, a adquirir alimentos comprados a pequeños productores agropecuarios y/o de la Agricultura Campesina, Familiar o Comunitaria locales y sus organizaciones, mínimo el (30%) del presupuesto destinados a la compra de alimentos |

## Sentencia T-302 de 2017

| | | |
|---|---|---|
| **Contrato asociado a las órdenes impartidas por la Corte Constitucional en la Sentencia T-302 de 2017** | ☐Sí ☑No | Sentencia que declara el estado de Cosas Inconstitucionales en relación con los derechos de los niños del pueblo Wayúu. |

## Condiciones ejecución y entrega

**Condiciones de entrega:**

**El contrato puede ser prorrogado** ☐Sí ☐No

## Configuración financiera - Configuraciones generales

**¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?** ☐Sí ☑No

## Configuración financiera - Garantías

**¿Solicitud de garantías?** ☐Sí ☑No

## Configuración financiera - Pago de anticipos

**Definir Plan de Pagos?** ☐Sí ☑No

## Condiciones de facturación y pago

**Forma de pago** Abono en cuenta

**Plazo de pago de la factura** A definir

## Comentarios

**Número del Contrato** CO1.PCCNTR.10031827
**Proveedor** ISAURA LEONOR SIMANCA SUAREZ
**Creado por**
**Agregado en** -
**Comentario**

## Anexos del contrato

| Descripción | Nombre |
|---|---|
| *No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados* | |

Dirección de notificaciones

| | |
|---|---|
| **Dirección de notificaciones** | CARRERA 14 # 23 - 42 |
| **Ubicación** | CO-MAG-47001 - Santa Marta |
| **País** | COLOMBIA |
| **Departamento** | Magdalena |
| **Municipio** | Santa Marta |
| **Dirección** | CARRERA 14 # 23 - 42 |
| **Código postal** | |

| | Grados (º) | Minutos (') | Segundos (") |
|---|---|---|---|
| **Latitud:** | | | |
| **Longitud:** | | | |

## Municipio de ejecución del contrato

| ID | Dirección | Ubicación |
|---|---|---|
| 1 | CRA 14 No 23-42 BARRIO LOS ALCAZARES | COLOMBIA > Magdalena > Santa Marta |

# Bienes y servicios

**1** CO1.PCCNTR.10031827

**1.1** Incluya el precio como lo indique la Entidad Estatal

**Incluya el precio como lo indique la Entidad Estatal**
7.800.000,00

| Ref. Artículo | Código UNSPSC | Descripción | Cantidad | Unidad | Precio unitario estimado | Precio unitario | Incluya el precio como lo indique la Entidad Estatal |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 80111700 | 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. | 1,00 | UN | 101.400.000,00 | 7.800.000,00 | 7.800.000,00 |

# Documentos del Proveedor

Lista de documentos

La siguiente es una lista de los documentos que puede solicitar a los Proveedores para la acreditación de los requisitos habilitantes. Para solicitar un documento marque el cuadro que aparece a la derecha.

**Filtrar por familia**

| Documento | Fase de Contrato | Fase de Habilitación |
|---|---|---|
| Formato de Experiencia | ☐ | ☐ |
| Certificaciones | ☐ | ☐ |
| Documentos que acreditan la identificación de los representantes legales y miembros de juntas directivas. | ☐ | ☐ |
| RUP | ☐ | ☐ |
| RUT | ☐ | ☐ |
| Limitaciones del representante legal (sólo para personas jurídicas) | ☐ | ☐ |
| Actividades por el objeto social (sólo para personas jurídicas) | ☐ | ☐ |
| Estados financieros auditados con corte a 31 de diciembre del año inmediatamente anterior suscritos por el representante legal con sus notas. Si la antigüedad del interesado es insuficiente, adjuntar estados financieros trimestrales o de apertura; o documento equivalente para las personas naturales. | ☐ | ☐ |
| Un certificado que acredite los indicadores de capacidad financiera y organizacional. | ☐ | ☐ |
| La lista de los contratos que acreditan su experiencia identificando: el código del Clasificador de Bienes y Servicios; plazo; valor; ejecutor del contrato (singular o plural); e información de contacto del cliente del Proveedor. | ☐ | ☐ |
| Actas de Asamblea | ☐ | ☐ |
| Anexo de Acreditación de experiencia | ☐ | ☐ |
| Anexo de Acreditación de capacidad financiera | ☐ | ☐ |
| Anexo de Acreditación de capacidad organizacional | ☐ | ☐ |
| Certificado de constitución de proponente plural | ☐ | ☐ |
| Certificación de tamaño empresarial (MiPyme) | ☐ | ☐ |
| Último acto de estructura y organización de la Entidad Estatal. Este puede ser Ley, Decreto, Ordenanza, Acuerdo o documento equivalente que permita conocer la naturaleza jurídica, funciones, órganos de dirección, régimen jurídico de contratación de la Entidad Estatal. | ☐ | ☐ |
| Acta de posesión del Ordenador del Gasto, en caso de delegación se debe adjuntar el acto de delegación emitido por el representante legal y acto de posesión del delegado. | ☐ | ☐ |

| | | |
|---|---|---|
| Documento de autorización del usuario administrador de la Entidad Estatal o de la entidad privada que contrata con cargo a recursos públicos en SECOP II. | ☐ | ☐ |
| Plan de amortización | ☐ | ☐ |

| Documentos administrativos | Fase de Contrato | Fase de Habilitación |
|---|---|---|
| Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales (Todo el Personal Asistencial) Especialistas: 600 SMLV. Médicos generales: 300 SMLV. Enfermeras, Auxiliares de Enfermería, Fisioterapeutas, Instrumentadoras Quirúrgicas, Psicólogos: 200 SMLV. | ☑ | ☐ |

**Documentos del contrato**

| Documento | Nombre del documento | Detalle | Solicitud de confidencialidad? | Confidencial |
|---|---|---|---|---|
| Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales (Todo el Personal Asistencial) Especialistas: 600 SMLV. Médicos generales: 300 SMLV. Enfermeras, Auxiliares de Enfermería, Fisioterapeutas, Instrumentadoras Quirúrgicas, Psicólogos: 200 SMLV. | Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales isaura simamnca.pdf | Detalle | No | ☐ |

Configuraciones de documentos del proveedor

Plazo máximo para el proveedor entregar los documentos de adjudicación: -
Fecha de entrega de documentos del proveedor: 8 días de tiempo transcurrido *(7/10/2026 5:05:40 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

## Documentos del contrato

Documentos del contrato

| Descripción | Nombre del documento | Detalle |
|---|---|---|
| 07-CERTIFICADO ANTECEDENTES - ISAURA LEONOR SIMANCA SUAREZ.pdf | 07-CERTIFICADO ANTECEDENTES - ISAURA LEONOR SIMANCA SUAREZ.pdf | (detalle) |
| 08-ISAURA LEONOR SIMANCA SUAREZ - 36553031.rar | 08-ISAURA LEONOR SIMANCA SUAREZ - 36553031.rar | (detalle) |
| 04-Expediente-Secop-36553031-ISAURA LEONOR SIMANCA SUAREZ.zip | 04-Expediente-Secop-36553031-ISAURA LEONOR SIMANCA SUAREZ.zip | (detalle) |
| 05-IDONEIDAD - ISAURA SIMANCA CORREGIDA.pdf | 05-IDONEIDAD - ISAURA SIMANCA CORREGIDA.pdf | (detalle) |
| 06-CLAUSULAS - CD20263712 - ISAURA LEONOR SIMANCA SUAREZ.pdf | 06-CLAUSULAS - CD20263712 - ISAURA LEONOR SIMANCA SUAREZ.pdf | (detalle) |
| 03-MA. ESTUDIO DE NECESIDAD -AUXILIARES DE ENFERMERIA _OCTUBRE 2026.pdf | MA. ESTUDIO DE NECESIDAD -AUXILIARES DE ENFERMERIA _OCTUBRE 2026.pdf | (detalle) |

## Información presupuestal

Asignaciones para el seguimiento

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Ordenador del Gasto | NORA ELVIRA ANILLO R | Tipo de documento | Cédula de Ciudadanía | Número de documento | 45523791 | Guardar y notificar |
| Supervisor | Evelyn Rosa González C | Tipo de documento | Cédula de Ciudadanía | Número de documento | 36722648 | Guardar y notificar |

Asignaciones Ordenador del pago

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Ordenador del pago | | Tipo de documento | Número de documento | | Guardar y notificar |

Agregar usuario

Histórico de asignaciones

| Posición | Nombre | Fecha de seguimiento | Cambiado por |
|---|---|---|---|
| Supervisor | Evelyn Rosa González Ortega | 5 días de tiempo transcurrido *(10/10/2026 6:32:42 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | NORA ELVIRA ANILLO ROMERO |
| Ordenador del Gasto | NORA ELVIRA ANILLO ROMERO | 5 días de tiempo transcurrido *(10/10/2026 6:32:42 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | NORA ELVIRA ANILLO ROMERO |

Información presupuestal

**Proyecto del Plan Marco para la Implementación del Acuerdo de Paz o asociado al Acuerdo de Paz** ☐ Sí ☑ No * Gasto Posconflicto como aquel relacionado con el Plan Marco de Implementación (CONPES 3932) derivado de intervenciones en cumplimiento del Acuerdo.

**Destinación del gasto** Funcionamiento

**Fuente de los recursos:**

| | | **Valor** |
|---|---|---|
| **Presupuesto General de la Nación - PGN** | ☐ Sí ☑ No * | |
| **Sistema General de Participaciones - SGP** | ☐ Sí ☑ No * | |
| **Sistema General de Regalias -** | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **SGR** | ☐Sí ☑No * | | |
| **Recursos Propios (Alcaldías y Gobernaciones)** | ☐Sí ☑No * | | |
| **Recursos de Crédito** | ☐Sí ☑No * | | |
| **Otros Recursos (Especie, Privados, Cooperación, Propios Entidades Autónomas)** | ☑Sí ☐No * | 7.800.000 | |
| | **Total** | 7.800.000 | |

**Sistema de Presupuesto y Giro de Regalías (Recuerde que es necesario agregar al menos un CDP si es el caso)**

| Código CDP | Tipo | Estado del CDP | Valor Total | Saldo | Valor a utilizar | Estado de la consulta | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados* | | | | | | | |

**Entidad Estatal registrada en el SIIF** ☐Sí ☑No

**CDP/Vigencias Futuras (Recuerde que es necesario agregar al menos un CDP o una AVF Extraordinaria si es el caso)**

| | Código | Tipo | Estado | Saldo | Valor a utilizar | Código unidad/subunidad ejecutora | Estado | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | 2180 | CDP | No se ha iniciado | | 7.800.000 COP | 00-00-00 | - | Editar |

| | |
|---|---|
| **Saldo de CDP** | 0 COP |
| **Saldo de vigencias futuras** | 0 COP |
| **Saldo total a comprometer** | 0 COP |
| **Última consulta a SIIF** | |
| **Fecha de consulta SIIF** | - |

Compromiso presupuestal de gastos

| Código compromiso | Tipo | Fecha compromiso | Estado compromiso | Valor compromiso AVF/CDP | Monto por consumir | Monto presupuestal a liberar | Código Posición de Gasto | Consulta Ejecución |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados* | | | | | | | | |

| | |
|---|---|
| **Saldo de compromisos CDP** | 0 COP |
| **Saldo de compromisos AVF** | 0 COP |
| **Saldo total comprometido** | |
| **Última consulta a SIIF** | |
| **Fecha de consulta SIIF** | - |