	<b>FORMATO INFORME DE SUPERVISOR</b>	Código: GJC22F	Versión: 1
		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/01/2024	

**CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y  
DEALBA PEREZ MARIA CAMILA identificado con C.C. 1083035934**

Fecha de Diligenciamiento:	2025-06-26
----------------------------	------------

### I. DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN LA UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.
----------------------	---

N° CONTRATO:	CD20252428	RP:	3243	CDP:	543
--------------	------------	-----	------	------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	6.200.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	3.100.000,00
---------------------------	--------------	------------------------------	--------------

FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2025-06-06	FECHA DE FINALIZACION:	2025-07-31
---------------------------	------------	------------------------	------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	NINA VANESSA DIAZ ACOSTA
------------------------	--------------------------

UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA
--	--------------------------------

### 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 Junio

### V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

  
 \_\_\_\_\_  
 NINA VANESSA DIAZ ACOSTA  
 36727527  
 UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA



DEALBA PEREZ MARIA CAMILA  
1083035934  
MZ B CASA 11 CONJ RESIDENCIAL MONTPELLIER  
000  
CAMILADEALBA27@GMAIL.COM

## CUENTA DE COBRO

### DATOS PERSONALES

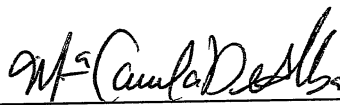
Fecha de Diligenciamiento:	2025-06-26		
NOMBRES Y APELLIDOS:	DEALBA PEREZ MARIA CAMILA		
DOCUMENTO:	1083035934		
DIRECCIÓN:	MZ B CASA 11 CONJ RESIDENCIAL MO	TELÉFONO:	000
CORREO ELECTRONICO:	CAMILADEALBA27@GMAIL.COM		

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que en la declaración de renta del año gravable 2024 no tomaré costos y deducciones

### DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° CONTRATO:	CD20252428						
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN LA UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.						
RP:	3243	CDP:	543	FECHA INICIO:	2025-06-06	FECHA FINAL:	2025-07-31
VALOR CONTRATO:	6.200.000,00	VALOR A PAGAR:	3.100.000,00				
BANCO A CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	48200004821		
GDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	Junio						

### FIRMA



DEALBA PEREZ MARIA CAMILA  
C.C. 1083035934 expedida en SANTA MARTA



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

MARIA CAMILA DE ALBA PEREZ

CON C.C N° 1083035934

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN LA UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. CD20252428 DE FECHA INICIO 6/6/2025

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	Interactue con el cliente interno y externo.
2	Brinde información según necesidad del usuario
3	Identifique las necesidades del cliente interno y externo según políticas de la E.S.E. Hospital Universitario Fernando Troceni
4	Proyecta estudios de necesidad y oportunidad, demás temas que maneja la oficina de la Unidad Funcional Enfermería de manera oportuna, clara y completa en relación con el portafolio institucional y anuales técnicos desarrollados en un clima de cordialidad y respeto de acuerdo con protocolo institucional.
5	La información suministrada por el personal asistencial es registrada en la base de datos o sistema de información utilizado en la Institución siguiendo los requerimientos técnicos y procedimientos establecidos
6	Atendi y oriento a la persona en relación con sus necesidades y expectativas de acuerdo con políticas institucionales y normas de salud.
7	Organice y controle las actividades de su área de atención.
8	Aplice las políticas y procedimientos de autocontrol establecido por el nivel directivo de la empresa
9	Responda por los equipos y elementos que estén bajo su cuidado.
10	Diligencie de manera clara, completa y oportuna los documentos que se requieran en el desarrollo de sus actividades de conformidad con los procedimientos establecidos
11	Resolvió las inquietudes del personal asistencial utilizando sus conocimientos profesionales y así garantizar los distintos indicadores y estándares establecidos por la institución.
12	Realice la verificación de los pagos de seguridad social del personal de la unidad funcional de enfermería
13	Verifique de asistencia a las capacitaciones programadas
14	Revisa diariamente los procesos de la unidad funcional de enfermería para optimizar resultados.
15	Relacione diariamente las inasistencias y mensualmente entregar a la coordinadora de la unidad Funcional de Enfermería.
16	Realizar las respectivas Notificaciones de cualquier cambio en el estado de salud que ponga en riesgo su integridad o la de terceros.
17	Desarrollar actividades utilizando las medidas de protección tanto para las actividades propias del cargo como las establecidas de manera extraordinaria para el control de la pandemia
18	participa en la elaboración de informes periódicos sobre inasistencias justificadas y no justificadas.
19	Atendi y oriento al personal de enfermería que ingresa
20	Las demás que determine el Gerente, Supervisor de la orden y aquellas que se deriven de las Necesidades de la E.S.E.

III. INFORMACION DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9486408009	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	25/6/2025	178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	25/6/2025	227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	25/6/2025	34.700

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° IDENTIFICACION:

1083035934

# Resumen General de Pago

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

Identificación	DV	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICFE
CC 108303934		DEALBA PEREZ MARIA CAMILA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	AM A CASA 27 BRISAS DE LA SIERRA	SANTA MARTA-MAGDALENA	7777777	No

**DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION**


Periodo	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	1577235683	9486408809	I	2025/06/10	2025/06/25	BANCOLOMBIA	15	\$444,900

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	
1	CC 108303934	DE ALBA PEREZ MARIA CAMILA	230301	30	\$1,423,500	\$227,800	EP5005	30	\$1,423,500	\$178,000	0	0	\$0	\$0	1423	30	\$1,423,500	\$34,700					\$0
<b>Total Afiliados ( 1 )</b>					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700					\$0

**RESUMEN DE PAGO**

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERES/MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$2,200	\$0	\$230,000
PORVENIR:	230301			8	\$227,800	\$2,200	\$0	\$230,000
ARL ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$400	\$0	\$35,100
POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS:	14-23			6	\$34,700	\$400	\$0	\$35,100
EPS ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$1,800	\$0	\$179,800
SANITAS:	EP5005			6	\$178,000	\$1,800	\$0	\$179,800
<b>TOTAL</b>				1	\$140,500	\$4,400	\$0	\$144,900

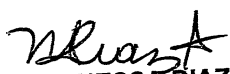
	<h2>ACTA DE INICIO</h2>	CÓDIGO: GJC25F VERSIÓN: 002 FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 09/1/2025 PÁGINA 1 de 1
---	-------------------------	--

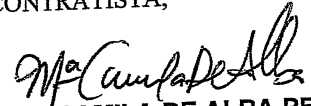
### ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20252428 DEL 2025

<b>NO. DEL CONTRATO</b>	CD20252428 DEL 2025
<b>NOMBRE DEL CONTRATANTE</b>	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
<b>NOMBRE DEL CONTRATISTA</b>	<b>MARIA CAMILA DE ALBA PEREZ</b>
<b>NO. DE IDENTIDAD</b>	1083035934
<b>OBJETO DEL CONTRATO</b>	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN LA UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.
<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>	SEIS MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/L (\$6.200.000)
<b>FORMA DE PAGO</b>	El HUIJMB cancelará al CONTRATISTA 2 cuota(s), por valor de TRES MILLONES CIEN MIL PESOS M/L. (\$3.100.000), de conformidad con el informe de la ejecución de las actividades contractuales realizadas, previa certificación de cumplimiento expedida por parte del Supervisor del contrato.
<b>PLAZO DE EJECUCIÓN</b>	Previa legalización del contrato sin exceder el 31 de JULIO de 2025
<b>CDP</b>	543
<b>REGISTRO PRESUPUESTAL</b>	3243
<b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b>	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA

Entre los suscritos, **NINA VANESSA DIAZ ACOSTA**, mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **36.727.527**, expedida en Santa Marta, obrando en calidad de Subgerente Científica quien actúa como supervisor del contrato **CD20252428** por **MARIA CAMILA DE ALBA PEREZ**, 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 06 Días, del mes de JUNIO del año 2025.

SUPERVISOR,  
  
**NINA VANESSA DIAZ ACOSTA**  
 C.C 36.727.527

CONTRATISTA,  
  
**MARIA CAMILA DE ALBA PEREZ**  
 CC 1083035934

Proyecto: Yorladis Perez De La Hoz  
 Profesional Administrativo Enfermería



## ACTA DE INICIO

CÓDIGO: GJC25F  
VERSIÓN: 002  
FECHA DE ÚLTIMA  
REVISIÓN: 09/1/2025  
PÁGINA 1 de 1

### ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20252428 DEL 2025

NO. DEL CONTRATO	CD20252428 DEL 2025
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	MARIA CAMILA DE ALBA PEREZ
NO. DE IDENTIDAD	1083035934
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN LA UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	SEIS MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/L (\$6.200.000)
FORMA DE PAGO	El Hujmb cancelará al CONTRATISTA 2 cuota(s), por valor de TRES MILLONES CIEN MIL PESOS M/L. (\$3.100.000), 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 JULIO de 2025
CDP	543
REGISTRO PRESUPUESTAL	3243
SUPERVISOR DEL CONTRATO	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA

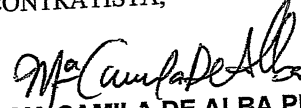
Entre los suscritos, **NINA VANESSA DIAZ ACOSTA**, mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **36.727.527**, expedida en Santa Marta, obrando en calidad de Subgerente Científica quien actúa como supervisor del contrato **CD20252428** por **MARIA CAMILA DE ALBA PEREZ**, en calidad 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 06 Días, del mes de JUNIO del año 2025.

SUPERVISOR,

  
**NINA VANESSA DIAZ ACOSTA**  
C.C 36.727.527

CONTRATISTA,

  
**MARIA CAMILA DE ALBA PEREZ**  
CC 1083035934

Proyecto: Yorladis Perez De La Hoz  
Profesional Administrativo Enfermería