

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

**CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y
LIDYS JOHANNA MARTINEZ HERNANDEZ identificado con C.C. 36697897**

Fecha de Diligenciamiento:	2025-07-30
----------------------------	------------

I. DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

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.				
N° CONTRATO:	CD20251619	RP:	2516	CDP:	542
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	8.400.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	2.100.000,00		
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2025-04-14	FECHA DE FINALIZACION:	2025-07-31		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	TUFITT ARTURO ATUNES CELEDON				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE QUIRÓFANOS Y TOCÓFANOS				

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 Julio

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES



TUFITT ARTURO ATUNES CELEDON

85455393

UNIDAD FUNCIONAL DE QUIRÓFANOS Y TOCÓFANOS

Celedon

LIDYS JOHANNA MARTINEZ HERNANDEZ
36697897
MANZANA I CASA 4 CONCEPSION 1
000000
GEORGETJOHANNA1922@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

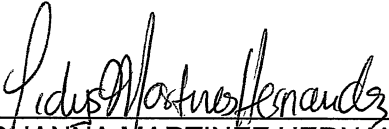
Fecha de Diligenciamiento:	2025-07-30		
NOMBRES Y APELLIDOS:	LIDYS JOHANNA MARTINEZ HERNANDEZ		
DOCUMENTO:	36697897		
DIRECCIÓN:	MANZANA I CASA 4 CONCEPSION 1	TELÉFONO:	000000
CORREO ELECTRONICO:	GEORGETJOHANNA1922@GMAIL.COM		

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:	CD20251619						
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:	2516	CDP:	542	FECHA INICIO:	2025-04-14	FECHA FINAL:	2025-07-31
VALOR CONTRATO:	8.400.000,00		VALOR A PAGAR:	2.100.000,00			
BANCO A CONSIGNAR:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	7100081647		
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	Julio						

FIRMA


LIDYS JOHANNA MARTINEZ HERNÁNDEZ
C.C. 36697897 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
LIDYS JOHANNA MARTINEZ HERNANDEZ
CON C.C N° 36697897

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. CD20251619 DE FECHA 14/04/2025

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	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 definida 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:	7980060378	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	23/07/2025	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLFONDOS	23/07/2025	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	23/07/2025	\$ 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.

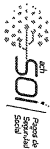
V. ANEXOS

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

FIRMA DEL CONTRATISTA:

N°. IDENTIFICACIÓN:

36697897



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACION APORTES
SOPORTE PREVIO AL PAGO

TIPO IDENTIFICACION: NOMBRE O RAZON SOCIAL: DIRECCION: TIPO APORTANTE: TIPO EMPRESAS: APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENIA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		CEDELA DE CIUDADANIA NÚMERO DE IDENTIFICACION: LIDY'S JOHANNA MARTINEZ HERNANDEZ MAGDALENA DIAS DE MORA FECHA PAGO (seasentido): Actividades reguladoras y facilidades de la del		NÚMERO PLANILLA: PERIODO COTIZACIÓN OTROS DIAS DE MORA FECHA PAGO (seasentido):		MIS jullo AÑO 2023/07/23		DÍAS GENERALES DE LA PLANILLA: PRO DE PLANILLA 7380060370 PERIODO COTIZACIÓN SALUD: jullo AÑO 2023/07/23		MIS jullo AÑO		INDEPENDIENTES 2023	
---	--	--	--	--	--	--------------------------------	--	---	--	------------------	--	------------------------	--

CÓDIGO		ADMINISTRADORA		NOMBRE		Nº. COTIZANTES		COTIZACIÓN		EIMP. ENLACE		SOLIDARIO		RSP		MORA		TOTAL	
231001	COLFONDOS	1						\$ 227,200		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 227,200	
SUB-TOTALES:																		\$ 227,200	

CÓDIGO		ADMINISTRADORA		NOMBRE		Nº. COTIZANTES		COTIZACIÓN		EIMP. ENLACE		SOLIDARIO		RSP		MORA		TOTAL	
EP3002	SAUD TOTAL	1						\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0	
SUB-TOTALES:																		\$ 0	

CÓDIGO		ADMINISTRADORA		NOMBRE		Nº. COTIZANTES		COTIZACIÓN		EIMP. ENLACE		SOLIDARIO		RSP		MORA		TOTAL	
1423	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1						\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0	
SUB-TOTALES:																		\$ 0	

CÓDIGO		ADMINISTRADORA		NOMBRE		Nº. COTIZANTES		COTIZACIÓN		EIMP. ENLACE		SOLIDARIO		RSP		MORA		TOTAL	
1423	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1						\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0	
SUB-TOTALES:																		\$ 0	

TOTAL PAGADO: \$ 440,500

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20251619 DEL 2025

NO. DEL CONTRATO	CD20251619 DEL 2025
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	LIDYS JOHANNA MARTINEZ HERNANDEZ
NO. DE IDENTIDAD	36697897
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.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	OCHO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/L.. (\$8400000)
FORMA DE PAGO	El HJMB cancelará al CONTRATISTA 4 cuota(s), por valor de DOS MILLONES CIEN MIL PESOS M/L. (\$2.100.000), 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	Prevía legalización del contrato sin exceder 31 de JULIO de 2025.
CDP	542
REGISTRO PRESUPUESTAL	2516
FECHA DE ACTA DE INICIO	4/14/2025
FECHA DE TERMINACION CONTRATO	31 DE JULIO DE 2025
ADICION	
CDP DE LA ADICION	N/A
REGISTRO PRESUPUESTAL DE LA ADICION	N/A
PLAZO ADICION	N/A
FORMA DE PAGO ADICION	N/A
FECHA DE TERMINACION DE CONTRATO CON ADICION.	N/A
VALOR ADICION	N/A
VALOR FINAL DEL CONTRATO	N/A
SUPERVISOR DEL CONTRATO	PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN LA UNIDAD FUNCIONAL DE QUIROFANOS Y TOCOFANOS

Entre los suscritos, **TUFFITH ARTURO ATUNES CELEDON**, mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **CC.85.455.393**, expedida en Santa Marta, obrando en calidad de **PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN LA UNIDAD FUNCIONAL DE QUIROFANOS Y TOCOFANOS**, quien actúa como supervisor del contrato **CD20251619** por otra parte **LIDYS JOHANNA MARTINEZ HERNANDEZ**, identificado con la cedula de ciudadanía No. **36697897** 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 **JULIO** del año **2025**.

SUPERVISOR,



TUFFITH ARTURO ATUNES CELEDON

CC. 85.455.393



Proyecto: Maria Camila De Alba
Profesional Administrativo Enfermería

CONTRATISTA



**LIDYS JOHANNA MARTINEZ
HERNANDEZ
36697897**