E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	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 MARIA CAMILA ARIAS HENRIQUE identificado con C.C. 1192765281

Fecha de Diligenciamiento:	2025-06-26

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:	CD20251456	RP:	2687	CDP:	542
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	4.200.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:			2.100.000,00
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2025-04-21	FECHA DE FINALIZACION:			2025-06-30
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	NINA VANESSA DIAZ ACOSTA				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

CDP - ADICION:	861	RP - ADICION:	3145	VALOR CONTRATO CON ADICION:	2.100.000,00

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

MARIA CAMILA ARIAS HENRIQUE
1192765281
CALLE 26BIS #7A-62 BARRIO LA ESPERANZA
6054040097
MARIAC_ARIAS2000@HOTMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2025-06-26**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	MARIA CAMILA ARIAS HENRIQUE		
DOCUMENTO:	1192765281		
DIRECCIÓN:	CALLE 26BIS #7A-62 BARRIO LA ESPER	TELÉFONO:	6054040097
CORREO ELECTRONICO:	MARIAC_ARIAS2000@HOTMAIL.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:	CD20251456
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:	2687	CDP:	542	FECHA INICIO:	2025-04-21	FECHA FINAL:	2025-06-30
VALOR CONTRATO:	4.200.000,00			VALOR A PAGAR:	2.100.000,00		
BANCO A CONSIGNAR:	DAVIVIENDA			TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	550488434479512
CDP - ADICION:	861	RP - ADICION:	3145	VALOR ADICION:	2.100.000,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Junio**						

FIRMA

María Arias H

MARIA CAMILA ARIAS HENRIQUE
C.C. 1192765281 expedida en BARRANQUILLA

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez 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

MARIA CAMILA ARIAS HENRIQUEZ

CON C.C Nº 1.192.765.281

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

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.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20251456	DE FECHA INICIO	21/4/2025

II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO
(Deben ser coherentes con las actividades especificas del objeto del contrato)

ITEM	
1	Garantizar la presencia oportuna, cuando se requiera hacer los procedimientos y labores propias del auxiliar de enfermeria 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 lider 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 caracteristicas 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 lencerias de los servicios a efectos de reposición de ropas y de vestuario, relacionándose con los servicios de lavandería.
8	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 definido 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:	9486478929	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA EPS	11/06/2025	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	11/06/2025	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	11/06/2025	$ 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:	María Camila Arias
N°. IDENTIFICACIÓN:	CC. 1192765281

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1192765281		ARIAS HENRIQUEZ MARIA CAMILA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 26 BIS # 7A - 62	SANTA MARTA-MAGDALENA	3045464681	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	1546661352	9486478929	I	2025/06/19	2025/06/11	BANCO DAVIVIENDA	0	$440,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES															PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS			PARAFISCALES	
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Tarifa	Dias	Exonerado SENA e ICBF
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																													
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																													
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)																													
1	CC	1192765281	ARIAS MARIA																	23030 1	30	EPS010	30		0	14-23	30	2.436%	0	No
Total Afiliados(1)																													

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1192765281		ARIAS HENRIQUEZ MARIA CAMILA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 26 BIS # 7A - 62	SANTA MARTA-MAGDALENA	3045464681	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	1546661352	9486478929	I	2025/06/19	2025/06/11	BANCO DAVIVIENDA	0	$440,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$0	$0	$34,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$34,700	$0	$0	$34,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$440,500	$0	$0	$440,500

HUJMB JULIO MENDEZ BARRENECHE	**ACTA FINAL**	CODIGO: GJC26f VERSION: 002 FECHA ULTIMA DE REVISION: 12/12/2024 PAGINA 1 de 1

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20251456 DEL 2025

NO. DEL CONTRATO	CD20251456 DEL 2025
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	MARIA CAMILA ARIAS HENRIQUE
NO. DE IDENTIDAD	1192765281
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	CUATRO MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/L. ($4200000)
FORMA DE PAGO	El HUJMB cancelará al CONTRATISTA 2 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	Previa legalización del contrato sin exceder 31 de mayo de 2025.
CDP	542
REGISTRO PRESUPUESTAL	2687
FECHA DE ACTA DE INICIO	21DE ABRIL DE 2025
FECHA DE TERMINACION CONTRATO	31 DE MAYO DE 2025
	ADICION
CDP DE LA ADICION	861
REGISTRO PRESUPUESTAL DE LA ADICION	3145
PLAZO ADICION	Previa legalización del contrato sin exceder el 30 de junio de 2025.
FORMA DE PAGO ADICION	El HUJMB cancelará al CONTRATISTA 1 cuota, 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
FECHA DE TERMINACION DE CONTRATO CON ADICION.	30 de junio de 2025.
VALOR ADICION	DOS MILLONES CIEN MIL PESOS M/L ($2100000)
VALOR FINAL DEL CONTRATO	SEIS MILLONES TRECIENTOS MIL PESOS M/L ($6300000)
SUPERVISOR DEL CONTRATO	Subgerencia Cientifica

Entre los suscritos, **NINA VANESSA DIAZ ACOSTA**, mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **CC.36.727.527**, expedida en Santa Marta, obrando en calidad de Subgerente científica, quien actúa como supervisor del contrato CD20251456 por otra parte MARIA CAMILA ARIAS HENRIQUE, identificado con la cedula de ciudadanía No. **1192765281** 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 **JUNIO** del año **2025**

SUPERVISOR,

CONTRATISTA,

MARIA CAMILA ARIAS HENRIQUE