



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 LILIANA MARGARITA MENDOZA OLAYA identificado con C.C. 1079884222

Fecha de Diligenciamiento: 2025-04-28

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.

Nº CONTRATO: CD20251487 RP: 2630 GDP: 542

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: 8.400.000,00 VALOR DE HONORARIOS PERIODO: 2.100.000,00

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 2025-04-16 FECHA DE FINALIZACIÓN: 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 Abril

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES


NINA VANESSA DIAZ ACOSTA
36727527
UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA

Alonso

*

LILIANA MARGARITA MENDOZA OLAYA
1079884222
CARRERA 31 # 16-15 SAMPEDRO ALEJANDRINO
3044815797
MENDOZALILIANA018@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES


Fecha de Diligenciamiento:	2025-04-28		
NOMBRES Y APELLIDOS:	LILIANA MARGARITA MENDOZA OLAYA		
DOCUMENTO:	1079884222		
DIRECCIÓN:	CARRERA 31 # 16-15 SAMPEDRO ALEJ	TELÉFONO:	3044815797
CORREO ELECTRONICO:	MENDOZALILIANA018@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:	CD20251487						
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:	2630	CDP:	542	FECHA INICIO:	2025-04-16	FECHA FINAL:	2025-07-31
VALOR CONTRATO:	8.400.000,00	VALOR A PAGAR:	2.100.000,00				
BANCO A CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	91654402618		
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	Abril						

FIRMA


LILIANA MARGARITA MENDOZA OLAYA
C.C. 1079884222 expedida en PEDRAZA 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

LILIANA MARGARITA MENDOZA OLAYA

CON C.C N° 1.079.884.222

II. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

OBJETO DEL CONTRATO:

CD20251487

DE FECHA INICIO

16/04/2025

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.

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)

Table with 2 columns: ITEM and description of activities. Items include: Brindar atención de enfermería a los pacientes de consulta externa y hospitalizados, Hacer un uso adecuado y racional de los elementos, recursos y demás medios proporcionados por la institución, 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., Observación y reporte de signos de alarma presentados por sus pacientes, Informar las fallas de material y equipo de servicios, al líder más cercano, Participar en los programas de enseñanza en servicio para desarrollo de personal, Garantizar que la prestación de servicio objeto del contrato cumplan estrictamente con las características y referencias descritas en el presente documento, Realizar asepsia general semanal y diaria cuando egrese el paciente, Registrar en el formato correspondiente, Clasificar, ordenar y controlar las lencerías de los servicios a efectos de reposición de ropas y de vestuario, relacionándose con los servicios de lavandería, Realizar una adecuada segregación de los elementos de protección personal, residuos hospitalarios que se generen de la atención de los pacientes, Recibir, registrar oportunamente los elementos de protección personal y cumplir con el correcto uso de estos, Desarrollar las actividades definidas de acuerdo a contratación definido por partes con las agendas establecidas mensuales, Realizar notas de Enfermería a pacientes asignados en los tiempos reglamentados, Preparar el cuerpo del paciente fallecido y entregar al familiar todas las pertenencias personales del mismo, Informar a la enfermera y médico del estado de los pacientes relacionados a su competencia.

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

Table with 4 columns: No. DE PLANILLA, ENTIDAD, OPERADOR, APORTES EN LINEA, CONCEPTO DEL PAGO, FECHA DE PAGO, VALOR PAGADO. Rows include: SALUD (NUEVA EPS, 25/4/2025, \$ 179.800), PENSIÓN (COLPENSIONES, 25/4/2025, \$ 230.100), RIESGOS LABORALES (POSITIVA, 25/4/2025, \$ 35.100).

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:

Liliana Mendoza D.

N°. IDENTIFICACIÓN:

1.079.884.222



ACTA DE INICIO

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

ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20251487 DEL 2025

NO. DEL CONTRATO	CD20251487 DEL 2025
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	MENDOZA OLAYA LILIANA MARGARITA
NO. DE IDENTIDAD	C.C 1079884222
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 MÉNDEZ BARRENECHE.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	OCHO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/L (\$8400000)
FORMA DE PAGO	El Hujmb 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	Previa legalización del contrato sin exceder el 31 de julio de 2025
CDP	542
REGISTRO PRESUPUESTAL	2630
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 CD20251487 por ~~MENDOZA OLAYA LILIANA MARGARITA~~, 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 16 Días, del mes de ABRIL del año 2025

SUPERVISOR,

NINA VANESSA DIAZ ACOSTA
C.C 36.727.527

CONTRATISTA,

~~MENDOZA OLAYA LILIANA MARGARITA~~
C.C 1079884222

Proyecto: Maria Camila De Alba
Profesional Administrativo Enfermeria

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		Razon Social		Clase Aportante		Sucursal Principal		Direccion		Ciudad-Departamento		Telefono		Exonerado SENA e. ICBF	
Identificación:	CC 1079884222	MENDOZA OLAYA LILIANA MARGARITA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR17/21-11	SANTA MARTA-MAGDALENA	3044815997	No							

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION		Clave		Tipo		Fecha		Pago		Dias Mora		Valor	
Periodo	Salud	1432984397	9483664213	1	2025/04/07	2025/04/25	NEQUI	18	\$445,800				

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES		
					IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Dias
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)																			
					\$1,423,500	\$227,800		\$1,423,500	\$178,000		\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0		
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																			
					\$1,423,500	\$227,800		\$1,423,500	\$178,000		\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0		
Ciudad: SANTA MARTA, Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)																			
1	CC	1079884222	MENDOZA LILIANA	25-14	30	\$1,423,500	\$227,800	EP5041	30	\$178,000	\$0		1423	\$1,423,500	\$34,700	0	\$0		
Total Afiliados(1)						\$1,423,500	\$227,800		\$178,000	\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1079884222		MENDOZA OLAYA LILIANA MARGARITA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR17/21-11	SANTA MARTA-MAGDALENA	3044615797		

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Salud	Pago	Clave	Planilla	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Valor
2025-03		1432984397	9483461213	1		1	2025/04/07	2025/04/25	\$445,800

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DY	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$2,700	\$0	\$230,500	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$227,800	\$2,700	\$0	\$230,500	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$500	\$0	\$35,200	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$34,700	\$500	\$0	\$35,200	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$2,100	\$0	\$180,100	
NUEVA EPS MOVILIDAD	EP3041	900,156,264	2	1	\$178,000	\$2,100	\$0	\$180,100	
TOTAL				1	\$440,500	\$5,300	\$0	\$445,800	