



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
JOHANNA PATRICIA RAMIREZ TOBON identificado con C.C. 36727967

Fecha de Diligenciamiento: 2026-01-29

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

CD20260072

RP:

310

CDP:

2

VALOR TOTAL DEL CONTRATO:

5.200.000,00

VALOR DE HONORARIOS PERIODO:

2.337.500,00

FECHA DEL ACTA DE INICIO:

2026-01-13

FECHA DE FINALIZACIÓN:

2026-02-28

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

MILCIADES OSORIO SANCHEZ

UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADO CRÍTICO

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 Enero

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

MILCIADES OSORIO SANCHEZ

8742789

UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADO CRÍTICO

JOHANNA PATRICIA RAMIREZ TOBON
36727967
CRA 30 N 8-91 BARRIO 17 DE DICIEMBRE
3227510190
JOHANNARAMIREZ1908@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

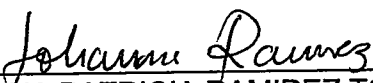
DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	2026-01-29		
NOMBRES Y APELLIDOS:	JOHANNA PATRICIA RAMIREZ TOBON		
DOCUMENTO:	36727967		
DIRECCIÓN:	CRA 30 N 8-91 BARRIO 17 DE DICIEMBRE	TELÉFONO:	3227510190
CORREO ELECTRONICO:	JOHANNARAMIREZ1908@GMAIL.COM		
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que en la declaración de renta del año gravable 2025 no tomare costos y deducciones.			

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº CONTRATO:	CD20260072						
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:	310	CDP:	2	FECHA INICIO:	2026-01-13	FECHA FINAL:	2026-02-28
VALOR CONTRATO:	5.200.000,00	VALOR A PAGAR:	2.337.500,00				
BANCO A CONSIGNAR:	BBVA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	Nº CUENTA:	518422076		
CDP ADICION:	N/A	RP ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	Enero						

FIRMA


JOHANNA PATRICIA RAMIREZ TOBON
C.C. 36727967 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 JOHANA PATRICIA RAMIREZ TOBON CON C.C N° 36727967		
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.		DE FECHA
CD20260072		13/01/2026
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 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 egrase 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:	4639554739	OPERADOR:
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO
SALUD:	MUTUALSER	23/01/2026
PENSIÓN:	PORVENIR	23/01/2026
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	23/01/2026
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:	36727967	

[illegible][illegible][illegible]

TOTAL PAGADO:	\$ 441.700
----------------------	-------------------

2026/01/23 2:17 PM USUARIO: SÓI CUNIMENEZ

PÁGINA 1 DE 1



ACTA DE INICIO

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

ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20260072 DEL 2026

NO. DEL CONTRATO	CD20260072 DEL 2026
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	RAMIREZ TOBON JOHANNA PATRICIA
NO. DE IDENTIDAD	36727967
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO BARRENECHE.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	CINCO MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/L. (\$5.200.000)
FORMA DE PAGO	EL HUIJMB cancelará al CONTRATISTA, 2 cuota(s), por valor de DOS MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M/L. (\$2.600.000), 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 28 de FEBRERO de 2026.
CDP	2
REGISTRO PRESUPUESTAL	310
SUPERVISOR DEL CONTRATO	PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL HOSPITALIZACION Y CUIDADO CRITICO

Entre los suscritos, **MILCIADES OSORIO SANCHEZ**, mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **8.742.789**, obrando en calidad de **PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL HOSPITALIZACION Y CUIDADO CRITICO** quien actúa como supervisor del contrato **CD20260072** por otra parte **CAMILO JOSE CANTILLO OROZCO** 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 13 Días, del mes de ENERO del año 2026.

SUPERVISOR,

MILCIADES OSORIO SANCHEZ
C.C 8.742.789

CONTRATISTA,

RAMIREZ TOBON JOHANNA PATRICIA
CC 36727967

Proyecto:
Profesional Administrativo Enfermería



NIT: 860.070.374-9

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES MÉDICAS

Página 1 / 2

PÓLIZA 802087013

CERTIFICADO RM28330

REFERENCIA PAGO 0900383229

ELECTRONICO DD MM AAAA

DD MM AAAA

UBICACION: SANTA MARTA

USUARIO: HVILLA

TIPO CERTIFICADO: Nueva producción

FECHA EXPEDICION: 29 01 2026

TOMADOR: JOHANNA PATRICIA RAMIREZ TOBON		C.C. O/NIT: 36727967	9
DIRECCIÓN: CR 30 A 8 91		CIUDAD: SANTA MARTA	
E-MAIL: JOHANNARAMIREZ908@GMAIL.COM		TELÉFONO: 3227510190	
ASEGURADO: JOHANNA PATRICIA RAMIREZ TOBON		C.C. O/NIT: 36727967	
DIRECCIÓN: CR 30 A 8 91		CIUDAD: SANTA MARTA	TEL: 3227510190
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS		C.C. O/NIT: 0000000000	
DIRECCIÓN:		CIUDAD:	TEL:
VIGENCIA		VALOR ASEGURADO EN PESOS	
DD MM AAAA	DD MM AAAA	ANTERIOR	ESTA MODIFICACIÓN
DESDE 27 01 2026	HASTA 27 01 2027		NUEVA 350,181,000.00

INTERMEDIARIO		COASEGURO			PRIMA		
%PART	NOMBRE	COMPANIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM:	MONEDA
100.00	EGON SEGUROS LTDA					PRIMA NETA	PESOS
						CARGOS DE EMISIÓN	PESOS
						IVA	PESOS
						TOTAL	
							VALORES
							175,091.00
							0.00
							33,267.00
							208,358.00

AMPAROS	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS	VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	VALOR PRIMA EN PESOS	DEDUCIBLE		
	Desde	Hasta				%	Mínimo	Hr
R. CIVIL PROFESIONES MEDICAS	27-01-2026	27-01-2027	0.00	350,181,000.00	175,091.00	10	1,500,000.00	
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Vigencia	27-01-2026	27-01-2027	0.00	70,036,200.00	0.00	10	1,500,000.00	
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Evento	27-01-2026	27-01-2027	0.00	70,036,200.00	0.00	10	1,500,000.00	
Gastos Judiciales de Defensa / Vigencia	27-01-2026	27-01-2027	0.00	0.00	0.00	10	900,000.00	
Gastos Judiciales de Defensa / Evento	27-01-2026	27-01-2027	0.00	0.00	0.00	10	900,000.00	

OBJETO DE LA PÓLIZA:

INDENMIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES (DAÑO EMERGENTE LUCRO CESANTE) DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA EN QUE PUDIERE INCURRIR AL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE NEGLIGENCIA, IMPRUDENCIA O IMPERICIA EN EL EJERCICIO DE SU PROFESION MEDICA, SI EL SINIESTRO REFERENTE INCURRIESE DENTRO DEL PERIODO DE LA VIGENCIA DEL RIESGO.

La presente póliza no se extiende a cubrir ningún tipo de lesión, daño, responsabilidad, reclamación, pérdida, pago, costo o gasto de cualquier tipo, ya sea real o presunto, que derive de, sea consecuencia directa o indirecta de, atribuble a, o en cualquier modo relacionado con o en conexión con: Brote; Epidemia; Virus; Pandemia y/ o Emergencia Pública declaradas; Enfermedades Infecciosas, Transmisibles y/o Contagiosas (Se traten de manifestaciones reales o de Sospecha)

SISTEMA BASE COBERTURA: OCURRENCIA
ACTIVIDAD PRINCIPAL: AUXILIAR DE ENFERMERIA

EXCLUSIÓN DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPANHIA NO PROVEERA COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPANHIA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPANHIA.

ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICIÓN, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA. LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO. LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERA HACER A MÁS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELA. LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL. CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY. CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LOS CANALES DE ATENCIÓN QUE SE ENCUENTRAN EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO. ***VER NOTA*** EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DÍA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN. SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C. SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES. LA PRESENTACIÓN DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS. AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A., INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL. EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA 20/01/2025-1308-P-06-SU-OD-09-04-RCME-D001 NOTA TECNICA: 20/01/2025-1308-NT-P-06-NI-RC-EPMLPCM04

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



(415)7709998911901(8020)0900383229

María Juan Herrera Rodríguez
CC: 52420396

TOMADOR

COMPANHIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SU-FO-10-01

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE ORIGINAL ASEGURADO

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

Fecha de Impresión:

Thu, 29 Jan 2026 10:05:15