HJMB 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 ISABEL HOYOS VAZQUES identificado con C.C. 1082844773

Fecha de Diligenciamiento:	2026-03-30

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.				
Nº CONTRATO:	CD20261581	RP:	2215	CDP:	437
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	7.800.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:			2.600.000,00
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2026-03-20	FECHA DE FINALIZACION:			2026-05-31
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIZETH PAOLA CARDENAS ZAMBRANO				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR CONTRATO CON ADICION:	0,00

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

Blanco

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 Marzo

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

LIZETH PAOLA CARDENAS ZAMBRANO
1082957906
UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA

Powered by CamScanner

MARIA ISABEL HOYOS VAZQUES
1082844773
CALLE 26A 17A 68
45676899
ISABEL131985@OUTLOOK.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2026-03-30**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	MARIA ISABEL HOYOS VAZQUES		
DOCUMENTO:	1082844773		
DIRECCION:	CALLE 26A 17A 68	TELEFONO:	45676899
CORREO ELECTRONICO:	ISABEL131985@OUTLOOK.COM		

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que en la declaración de renta del año gravable 2025 no tomaré costos y deducciones

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° CONTRATO:	CD20261581						
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:	2215	CDP:	437	FECHA INICIO:	2026-03-20	FECHA FINAL:	2026-05-31
VALOR CONTRATO:	7.800.000,00			VALOR A PAGAR:	2.600.000,00		
BANCO A CONSIGNAR:	DAVIVIENDA			TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	0550117300
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Marzo**						

FIRMA

MARIA ISABEL HOYOS VAZQUES
C.C. 1082844773 expedida en SANTA MARTA

Powered by CamScanner

HUMB E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO**

CELEBRADO ENTRE LAE.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIOMENDEZ BARRENECHE Y

MARIA ISABEL HOYOS VASQUEZ

CON C.C 1082844773

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETODEL 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.	CD20261581	**DE FECHAINICIO**	20/03/2026

ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDOCON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades especificas del objeto del contrato)
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 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, relacionándos e 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 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:	4643874365	**OPERADOR:**	**SOI**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHADE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**NUEVA EPS**	25/03/2026	220100
PENSIÓN:	**PROTECCION**	25/03/2026	281700
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	25/03/2026	43000

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 I Hoyos V.
N°. IDENTIFICACIÓN:	1082844773

Powered by CamScanner

SOI Pagos de Seguridad Social

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

FICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1082844773
RAZÓN SOCIAL:			MARIA ISABEL HOYOS VASQUEZ
NICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
:	CALLE 26A N 17A-68 SANTA ELENA	TELÉFONO:	4348386
TANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
ESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
TE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		4643874365	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES febrero	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES febrero	AÑO 2026
DÍAS DE MORA:		8			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/03/25	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9906202042

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA - CÓDIGO	ADMINISTRADORA - NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS - EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS - COTIZANTE	FSP - SOLIDARIDAD	FSP - SUBSISTENCIA	MORA - COTIZACIÓN	MORA - FSP	TOTALES - APORTES	TOTALES - MORA	TOTALES - VALOR PAGADO
	230201- PROTECCION	1	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.500	$ 0	$ 280.200	$ 1.500	$ 281.700
TOTALES:										$ 280.200	$ 1.500	$ 281.700

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA - CÓDIGO	ADMINISTRADORA - NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD - NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD - VALOR	LICENCIA MATERNIDAD - NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD - VALOR	SALDO A FAVOR - PLANILLA	SALDO A FAVOR - VALOR	LIQUIDACIÓN - COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN - VALOR ADRES	MORA - COTIZACIÓN	MORA - VALOR ADRES	TOTALES - APORTES	TOTALES - MORA	TOTALES - DESCUENTO	TOTALES - VALOR PAGADO
	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 1.200	$ 0	$ 218.900	$ 1.200	$ 0	$ 220.100
TOTALES:													$ 218.900	$ 1.200	$ 0	$ 220.100

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA - CÓDIGO	ADMINISTRADORA - NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP - NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP - VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR - PLANILLA	SALDO A FAVOR - VALOR	LIQUIDACIÓN - COTIZACIÓN	TOTALES - APORTES	TOTALES - MORA	TOTALES - DESCUENTO	TOTALES - VALOR PAGADO
3	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 42.700	$ 42.700	$ 300	$ 0	$ 43.000
TOTALES:									$ 42.700	$ 300	$ 0	$ 43.000

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1082844773	HOYOS VASQUEZ MARIA ISABEL	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO																	

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP - SUBSISTENCIA	FSP - SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS - EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS - EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
230201-PROTECCION	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900

SEGURIDAD SOCIAL – ARP

ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905	1082844773	$ 42.700

PARAFISCALES

DÍAS COT	IBC	CCF - ADMIN	CCF - TOTAL APORTE	SENA - TOTAL APORTE	ICBF - TOTAL APORTE	ESAP - TOTAL APORTE	MINEDU - TOTAL APORTE
	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 544.800

Planilla Pagada

HUJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	ACTA DE INICIO	CÓDIGO: FECHA DE VERSIÓN: 000 FECHA DE ULTIMA REVISIÓN: 26/01/2026 PÁGINA 1 de 1

ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20261581 DEL 2026

NO. DEL CONTRATO	CD20261581 DEL 2026
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	HOYOS VASQUEZ MARIA ISABEL
NO. DE IDENTIDAD	1082844773
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
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	SIETE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/L. ($7.800.000)
FORMA DE PAGO	EL HUJMB cancelará al CONTRATISTA,3 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	Previa legalización del contrato sin exceder 31 de MAYO de 2026
CDP	437
REGISTRO PRESUPUESTAL	2215
SUPERVISOR DEL CONTRATO	SUBGERENTE CIENTIFICA

Entre los suscritos, **LIZETH CARDENAS ZAMBRANO**, mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **1.082.957.906**, obrando en calidad de **SUBGERENTE CIENTIFICA** quien actúa como supervisor del contrato **CD20261581** por otra parte **HOYOS VASQUEZ MARIA ISABEL** 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 20 Días, del mes de MARZO del año 2026.

SUPERVISOR.

LIZETH CARDENAS ZAMBRANO
C.C 1.082.957.906

Profesional Administrativo Enfermeria

CONTRATISTA.

HOYOS VASQUEZ MARIA ISABEL
CC 1082844773

Powered by CamScanner