| | | |
|---|---|---|
| E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | FORMATO INFORME DE SUPERVISOR | Código: GJC22F \| Versión: 1<br>FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/01/2024 |

**CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y ESCOBAR MEDINA WENDYS CAROLINA identificado con C.C. 1192764098**

| Fecha de Diligenciamiento: | 2026-02-27 |
|---|---|

## 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: | CD20260164 | RP: | 144 | CDP: | 2 |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO: | 5.200.000,00 | VALOR DE HONORARIOS PERIODO: | | 2.600.000,00 | |
| FECHA DEL ACTA DE INICIO: | 2026-01-08 | FECHA DE FINALIZACION: | | 2026-02-28 | |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | TUFITT ARTURO ATUNES CELEDON | | | | |
| UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | UNIDAD FUNCIONAL DE QUIROFANÓS Y TOCOFANOS | | | | |

## 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 Febrero

## V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

TUFITT ARTURO ATUNES CELEDON
85455393
UNIDAD FUNCIONAL DE QUIROFANÓS Y TOCOFANOS

ESCOBAR MEDINA WENDYS CAROLINA
1192764098
KARRERA 9 # 4-73 PESCAITO
3022030990
WENDYESCOBARMEDINA@GMAIL.COM

# CUENTA DE COBRO

## DATOS PERSONALES

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Diligenciamiento:** | **2026-02-27** | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS: | ESCOBAR MEDINA WENDYS CAROLINA | | |
| DOCUMENTO: | 1192764098 | | |
| DIRECCIÓN: | KARRERA 9 # 4-73 PESCAITO | TELÉFONO: | 3022030990 |
| CORREO ELECTRONICO: | WENDYESCOBARMEDINA@GMAIL.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: | CD20260164 | | | | | | |
| 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: | 144 | CDP: | 2 | FECHA INICIO: | 2026-01-08 | FECHA FINAL: | 2026-02-28 |
| VALOR CONTRATO: | 5.200.000,00 | | | VALOR A PAGAR: | 2.600.000,00 | | |
| BANCO A CONSIGNAR: | DAVIVIENDA | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | No. CUENTA: | 488447495331 |
| CDP - ADICION: | N/A | RP - ADICION: | N/A | VALOR ADICION: | 0,00 | | |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **Febrero** | | | | | | |

## FIRMA

ESCOBAR MEDINA WENDYS CAROLINA
C.C. 1192764098 expedida en BARRANQUILLA

| | | |
|---|---|---|
| HJMB JULIO MENDEZ BARRENECHE | FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO | CODIGO: GJC23F<br>VERSION: 003<br>FECHA DE ULTIMA REVISION: 22/08/2024<br>PAGINA 1 de 1 |

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y

**WENDYS CAROLINA ESCOBAR MEDINA**

CON C.C N° **1192764098**

## 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 | DE FECHA INICIO | 08/01/2026 |
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | CD20260164 | | |

## 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 |
| 2 | servicio de la E.S.E |
| 3 | Observación y reporte de signos de alarma presentados por sus pacientes |
| 4 | Informar las fallas de material y equipo de servicios, al líder mas cercano. |
| 5 | Participar en los programas de ensenanza en servicio para desarrollo de personal Proporcionar orientación al paciente y familiar |
| 6 | Garantizar que la prestacion de servicio objeto del contrato cumplan estrictamente con las caracteristicas y referencias descritas en el presente |
| 7 | Realizar asepsia general semanal y diaria cuando egrese el paciente, registrar en el formato correspondiente. |
| 8 | Clasificar, ordenar y controlar las lencerías de los servicios a efectos de reposición de ropas y de vestuario, relacionándose con los servicios de |
| 9 | Realizar una adecuada segregacion de los elementos de proteccion personal, residuos hospitalarios que se generen de la atención de los |
| 10 | Recibir, registrar oportunamente los elementos de proteccion personal y cumplir con el correcto uso de estos. Diligenciar correctamente los formatos |
| 11 | Desarrollar las actividades definidas de acuerdo a contratación definido por partes con las agendas establecidas mensuales |
| 12 | Realizar notas de Enfermería a pacientes asignados en los tiempos reglamentados |
| 13 | Preparar el cuerpo del paciente fallecido y entregar al familiar todas las pertenencias personales del mismo, asegurando que se realice de manera |
| 14 | Informar a la enfermera y medico del estado de los pacientes relacionados a su competencia. |
| 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 |

## III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | 4638367749 | OPERADOR: | SOI |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | MUTUALSER | 04/02/2026 | 218.900 |
| PENSIÓN: | PORVENIR | 04/02/2026 | 280.200 |
| 0 RIESGOS LABORALES: | COLMENA | 04/02/2026 | 42.700 |

## IV.DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social por el valor que exige la Ley, pago del cual anexo copia simple.

## 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 periodo correspondiente

| | |
|---|---|
| FIRMA DEL CONTRATISTA: | |
| N°. IDENTIFICACIÓN: | 1192764098 |

| | | |
|---|---|---|
| HUJMB ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | ACTA FINAL | CODIGO: GJC26F<br>VERSION: 002<br>FECHA ULTIMA DE REVISION: 12/12/2024<br>PAGINA 1 de 1 |

## ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20260164 DEL 2026

| | |
|---|---|
| NO. DEL CONTRATO | CD20260164 DEL 2026 |
| NOMBRE DEL CONTRATANTE | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA | ESCOBAR MEDINA WENDYS CAROLINA |
| NO. DE IDENTIDAD | 1192764098 |
| OBJETO DEL CONTRATO | PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO | CINCO MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/L. ($5.200.000) |
| FORMA DE PAGO | El HUJMB 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 | Previa legalización del contrato sin exceder 28 de FEBRERO de 2026. |
| CDP | 2 |
| REGISTRO PRESUPUESTAL | 144 |
| FECHA DE ACTA DE INICIO | 8 DE ENERO DE 2026 |
| FECHA DE TERMINACION CONTRATO | 28 DE FEBRERO DE 2026 |
| **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 UNIDAD FUNCIONAL DE QUIROFANOS Y TOCOFANOS |

Entre los suscritos, **TUFITH 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 UNIDAD FUNCIONAL DE QUIROFANOS Y TOCOFANOS**, quien actúa como supervisor del contrato **CD20260164** por otra parte ESCOBAR MEDINA WENDYS CAROLINA, identificado con la cedula de ciudadanía No. 1192764098 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 FEBRERO del año 2026.

SUPERVISOR,

TUFITH ARTURO ATUNES CELEDON
CC. 85.455.393

Proyectó: Maria Camila De Alba
Profesional Administrativo Enfermería

CONTRATISTA,

ESCOBAR MEDINA WENDYS CAROLINA
1192764098

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de Bogotá

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1192764098 | |
| | | WENDYS CAROLINA ESCOBAR MEDINA | |
| SANTA MARTA | DEPARTAMENTO: | MAGDALENA | |
| SANTA MARTA | TELÉFONO: | 9999999 | |
| 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE | |
| PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otras actividades de servicios personales n.c.p. | |
| ÚNICO | | | |
| | | NO | |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | 4638367749 | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | enero AÑO 2026 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES enero AÑO | 2026 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | 907557 |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2026/02/04 | NUMERO AUTORIZACIÓN: | | |

### TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230301-PORVENIR | 1 | $ 280.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 280.200 | $ 0 | $ 280.200 |
| | | | | | | | | | $ 280.200 | $ 0 | $ 280.200 |

### TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACION | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| ESSC07-ASOC. MUT, SER EMPRESA SOL. ESS | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 218.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 218.900 | $ 0 | $ 0 | $ 218.900 |
| | | | | | | | | | | | | $ 218.900 | $ 0 | $ 0 | $ 218.900 |

### TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-25-COLMENA | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 42.700 | $ 42.700 | $ 0 | $ 0 | $ 42.700 |
| | | | | | | | | $ 42.700 | $ 0 | $ 0 | $ 42.700 |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | CCF | | SENA | | ICBF | | ESAP | | MINEDU | |
| | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COTIZANTE EXTRANJERO | COLOMBIANO EN EXTERIOR | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DÍAS COT. | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT. | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT. | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT. | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.750.905 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.750.905 | $ 280.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 280.200 | ESSC07-ASOC. MUT, SER EMPRESA SOL. ESS | 30 | $ 1.750.905 | $ 218.900 | $ 0 | $ 218.900 | 14-25-COLMENA | 30 | $ 1.750.905 | $ 119276409 | $ 42.700 | | | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 541.800**

Planilla Pagada