



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
KATHERINE DEL CARMEN JIMENEZ CASTRO identificado con C.C. 57299357

Fecha de Diligenciamiento: 2026-02-03

I. DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

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 MÉNDEZ BARRENECHE.				
N° CONTRATO:	CD20260098	RP:	1284	CDP:	2
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	5.200.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	2.600.000,00		
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2026-01-23	FECHA DE FINALIZACION:	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
----------------	-----	---------------	-----	-----------------------------	------

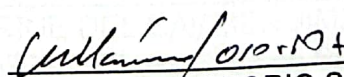
III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

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

KATHERINE DEL CARMEN JIMENEZ CASTRO
57299357
KRA47A23_77
3005410373
sherleeneyaina@hotmail.com

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	2026-02-03		
NOMBRES Y APELLIDOS:	KATHERINE DEL CARMEN JIMENEZ CASTRO		
DOCUMENTO:	57299357		
DIRECCIÓN:	KRA47A23_77	TELÉFONO:	3005410373
CORREO ELECTRONICO:	sherleeneyaina@hotmail.com		

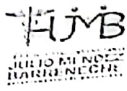
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que en la declaración de renta del año gravable 2025 no tomaré costos y deducciones

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° CONTRATO:	CD20260098						
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:	1284	CDP:	2	FECHA INICIO:	2026-01-23	FECHA FINAL:	2026-02-28
VALOR CONTRATO:	5.200.000,00		VALOR A PAGAR:	2.600.000,00			
BANCO A CONSIGNAR:	BANCO COLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	51679102714		
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	Enero						

FIRMA


KATHERINE DEL CARMEN JIMENEZ CASTRO
C.C. 57299357 expedida en SANTA MARTA

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

ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20260098 DEL 2026

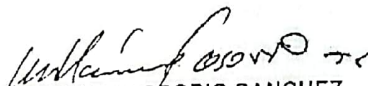
NO. DEL CONTRATO	CD20260098 DEL 2026
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	JIMENEZ CASTRO KATHERINE DEL CARMEN
NO. DE IDENTIDAD	57299357
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	CINCO MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/L. (\$5.200.000)
FORMA DE PAGO	EL HJMB 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	1284
SUPERVISOR DEL CONTRATO	PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL HOSPITALIZACION Y CUIDADO CRITICO

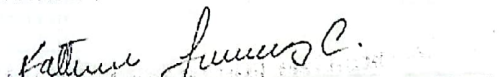
Entre los suscritos, **MILCIADES OSORIO SANCHEZ**, mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 8.742.789, obrando en calidad de **PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL HOSPITALIZACION Y CUIDADO CRITICO** quien actúa como supervisor del contrato **CD20260098** por otra parte **JIMENEZ CASTRO KATHERINE DEL CARMEN** 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 23 Días, del mes de ENERO del año 2026.

SUPERVISOR,

CONTRATISTA,


MILCIADES OSORIO SANCHEZ
 C.C 8.742.789


JIMENEZ CASTRO KATHERINE DEL CARMEN
 CC 57299357


 Profesional Administrativo Enfermería

891780185-2
 Carrera 14 # 23-42, Los Alcázares
 gerencia@hujmb.gov.co

 @hujuliomendezb
 www.hujmb.gov.co



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 BARRENECHEY

KATHERINE DEL CARMEN JIMENEZ CASTRO

CON C.C N° 57,299,357

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

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.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.

CD20260098

DE FECHA INICIO

22/01/2024

II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO
(Deben ser coherentes con las actividades específicas 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 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, 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:	4640388729	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COOSALUD	27/01/2026	\$ 178.000
PENSIÓN:	PROTECCION	27/01/2026	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	27/01/2026	\$ 34.700

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.
- 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 periodo correspondiente

FIRMA DEL CONTRATISTA:

N°. IDENTIFICACIÓN:

57,299,357

105

105

SUB-TOTALES:

TOTAL PAGADO:	\$ 443.600
---------------	------------



SEGUROS
DEL
ESTADO
NIT. 860.009.576-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PROFESIONALES DE LA SALUD

Ciudad de Expedición BOGOTÁ, D.C.	Sucursal ANTIGUO COUNTRY	Tipo de Movimiento ANEXO CAUSA PRIMA	Póliza No 21-03-101031911	Anexo No 1
Tomador DIRECCIÓN KATHERINE DEL CARMEN JIMENEZ CASTRO CR 47 A NRO. 23 - 77 BARRIO PARAISO PANTANO	Ciudad SANTA MARTA, MAGDALENA	CC 57.299.357 TELEFONO 3005410373		
Asegurado DIRECCIÓN KATHERINE DEL CARMEN JIMENEZ CASTRO CR 47 A NRO. 23 - 77 BARRIO PARAISO PANTANO	Ciudad SANTA MARTA, MAGDALENA	CC 57.299.357 TELEFONO 3005410373		
Beneficiario TERCEROS AFECTADOS		NIT 0-0		
Fecha de Expedición 05 / 02 / 2026	Vigencia Seguro Desde las 24 horas (D-T-A) 29 / 01 / 2026 Hasta las 24 horas (D-T-A) 29 / 01 / 2027	Vigencia Anexo Desde las 24 horas (D-T-A) 04 / 02 / 2026 Hasta las 24 horas (D-T-A) 29 / 01 / 2027		
Interventor SANIN ALIANZA LTDA	Clave 133456	% Participación 100.00	Compañía COASEGURO CEDIDO	Participación

INFORMACIÓN DEL RIESGO

Riesgo: 1

Actividad: AUXILIAR DE ENFERMERIA

Descripción
PERJUICIO PATRIMONIAL

Amparos

ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD
GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD

Suma Asegurada
\$ 350,181,000.00
\$ 350,181,000.00

% Invar

Suplímite

\$ 70,036,200.00

Deducibles: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMLV en ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD 10.00 % DE LOS GASTOS INCURRIDOS en GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD

Límites por evento: GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD - \$ 15,000,000.0

Objeto de la póliza:

Total suma asegurada: \$ *****50,181,000.00

Plan de pago: CONTADO

Prima:

\$ *****70,000.00

IVA:

\$ *****13,300.00

Total a pagar:

\$ *****83,300.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGUROESTADO, DENTRO DE LOS 45 DÍAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, 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.

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CALLE 83 NO 19-10; TELÉFONO 6-917963 - BOGOTÁ, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA. LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.06.0000000E.RC.001A.D001, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM



(415) 7709998021167 (8020) 11005141216040 (3900) 000000083300 (96) 20260321

REFERENCIA
PAGO:

1100514121604-0

21-03-101031911

HELBETH NOMESEQUE

CLIENTE

Oficina Principal: AUTOPISTA NORTE # 103 - 60. PISO 5 Teléfono: 601-2186977. 601-6019330

TERMINADOR



SEGUROS
DEL
ESTADO
NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PROFESIONALES DE LA SALUD

Ciudad de Expedición BOGOTÁ, D.C.	Sucursal ANTIGUO COUNTRY	TIPO DE MOVIMIENTO ANEXO CAUSA PRIMA	POLIZA No. 21-03-101031911	ANEXO No. 1
TOMADOR KATHERINE DEL CARMEN JIMENEZ CASTRO	DIRECCION CR 47 A NRO. 23 - 77 BARRIO PARAISO PANTANO	Ciudad SANTA MARTA, MAGDALENA	CC 57.299.357	TELEFONO 3005410373
ASEGURADO KATHERINE DEL CARMEN JIMENEZ CASTRO	DIRECCION CR 47 A NRO. 23 - 77 BARRIO PARAISO PANTANO	Ciudad SANTA MARTA, MAGDALENA	CC 57.299.357	TELEFONO 3005410373
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS			NIT 0-0	
FECHA DE EXPEDICION 05 / 02 / 2026	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (0-24) 29 / 01 / 2026 HASTA LAS 24 HORAS (0-24) 29 / 01 / 2027		VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (0-24) 04 / 02 / 2026 HASTA LAS 24 HORAS (0-24) 29 / 01 / 2027	
INTERMEDIARIO SANIN ALIANZA LTDA CLIENTE	CLAVE 133456	% PARTICIPACION 100.00	COMPAÑIA OCASEGURO CEDIDO % PARTICIPACION	

INFORMACION DEL RIESGO

Recuerda que puedes actualizar
tus datos de contacto conforme
a la Ley 2300, a través de
nuestras páginas:

www.segurosdelestado.com
o www.segurosdevidadelestado.com

Ve a la opción PQR y selecciona
el tipo (Original / Ficticia). AUTOPISTA NORTE # 103 - 60, PISO 5 Telefono: 601-2186977, 601-6019330
Acceso a la Información

CONOCE LOS MEDIOS DE PAGO



Bancolombia Seguros del Estado
Cuenta Convenio 47189

Banco de Bogotá Seguros del Estado
Cuenta Convenio 00844444

TOTAL SUMA ASEGURADA: \$ *****50,181,000.00

PLAN DE PAGO: CONTADO

PRIMA: \$ *****70,000.00
IVA: \$ *****13,300.00
TOTAL A PAGAR: \$ *****83,300.00

TERMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERA A SEQUESTADO, DENTRO DE LOS 45 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARATULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, 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 OCASION DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

CALLE 83 NO 19-10, TELÉFONO 6-917963 - BOGOTÁ, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.06.0000000E.RC.001A. D001, ADJUNTA.
USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR
EFFECTIVO		
CHEQUE		
TOTAL \$		



(415) 7709998021167 (8C2C) 11005141216040 (3900) 00000083300 (96) 20260321

REFERENCIA
PAGO:
110051412160

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE



SEGUROS
DEL
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

ORIGEN		TIPO DE MOVIMIENTO ANEXO CAUSA PRIMA		POLIZA NO	RENOVO
ANTIGUO COUNTRY				21-03-101031911	1
TOMADOR	KATHERINE DEL CARMEN JIMENEZ CASTRO			CC	57.299.357
DIRECCION	CR 47 A NRO. 23 - 77 BARRIO PARAISO PANTANO	CIUDAD	SANTA MARTA, MAGDALENA	TELEFONO	3005410373
ASEGURADO	KATHERINE DEL CARMEN JIMENEZ CASTRO			CC	57.299.357
DIRECCION	CR 47 A NRO. 23 - 77 BARRIO PARAISO PANTANO	CIUDAD	SANTA MARTA, MAGDALENA	TELEFONO	3005410373
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

FOR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO SE AUMENTA EL VALOR ASEGURADO A 350.181.000 MILLONES
LOS DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES NO MODIFICADOS CONTINUAN VIGENTES.

HELBETHNOMESQUE