

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  
JESUS DANIEL CAMPO CUELLO identificado con C.C. 1235239509

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 GESTIÓN COMO AUXILIAR TRASLADO PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.				
N° CONTRATO:	CD20261371	RP:	2151	CDP:	437
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	7.800.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	2.600.000,00		
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2026-03-19	FECHA DE FINALIZACIÓN:	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

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

JESUS DANIEL CAMPO CUELLO  
1235239509  
AVENIDA DEL RIO NO 26B-38  
3245831504  
JESUSCAMPO0703@GMAIL.COM

## CUENTA DE COBRO

### DATOS PERSONALES

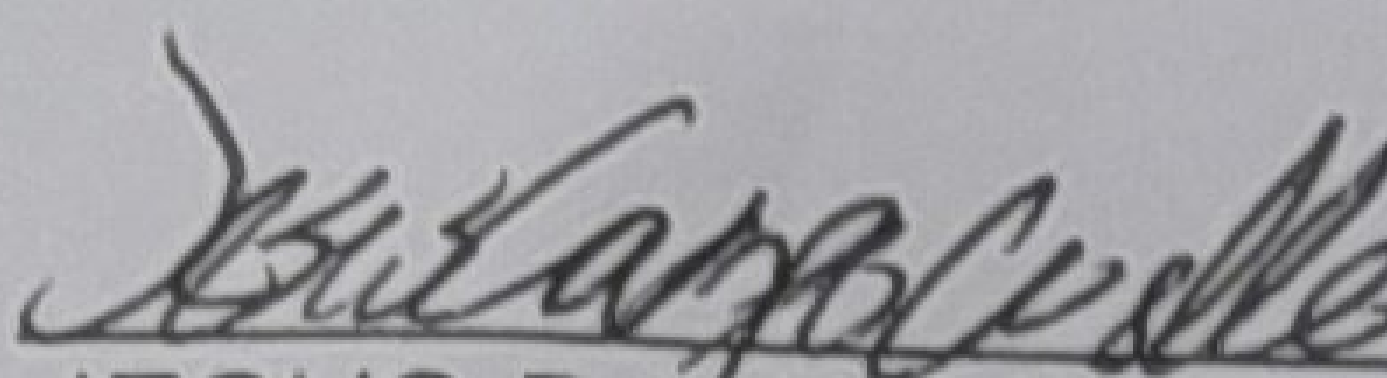
Fecha de Diligenciamiento:	2026-03-30		
NOMBRES Y APELLIDOS:	JESUS DANIEL CAMPO CUELLO		
DOCUMENTO:	1235239509		
DIRECCIÓN:	AVENIDA DEL RIO NO 26B-38	TELÉFONO:	3245831504
CORREO ELECTRONICO:	JESUSCAMPO0703@GMAIL.COM		

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:	CD20261371						
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR TRASLADO PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.						
RP:	2151	CDP:	437	FECHA INICIO:	2026-03-19	FECHA FINAL:	2026-05-31
VALOR CONTRATO:	7.800.000,00			VALOR A PAGAR:	2.600.000,00 ✓		
BANCO A CONSIGNAR:	BANCO COLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	91234565848		
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00 ✓		
PERIODO OBJETO DE COBRO:					Marzo		

FIRMA

  
JESUS DANIEL CAMPO CUELLO  
C.C. 1235239509 expedida en SANTA MARTA

# ACTA DE INICIO

## ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20261371 DEL 2026

NO. DEL CONTRATO	CD20261371 DEL 2026
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JUAN MENDOZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	CAMPO CUELLO JESUS DANIEL
NO. DE IDENTIDAD	1235239509
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS DE AYUDA A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JUAN MENDOZ BARRENECHE
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	SETE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M.C. (7.800.000)
FORMA DE PAGO	El HUMB cancelara al CONTRATISTA a cuenta, por cada uno DOS MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M.C. (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	Previo legalización del contrato sin exceder 31 de MAYO de 2026.
CDP	417
REGISTRO PRESUPUESTAL	2151
SUPERVISOR DEL CONTRATO	SUBGERENTE CIENTIFICA


Entre los suscritos, **LIZETH CARDENAS ZAMBRANO**, mayor de edad, (identificada) con la cedula de ciudadanía numero **1.082.957.906**, obrando en calidad de **SUBGERENTE CIENTIFICA** quien actua como supervisor del contrato CD20261371 por otra parte **CAMPO CUELLO JESUS DANIEL** 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.

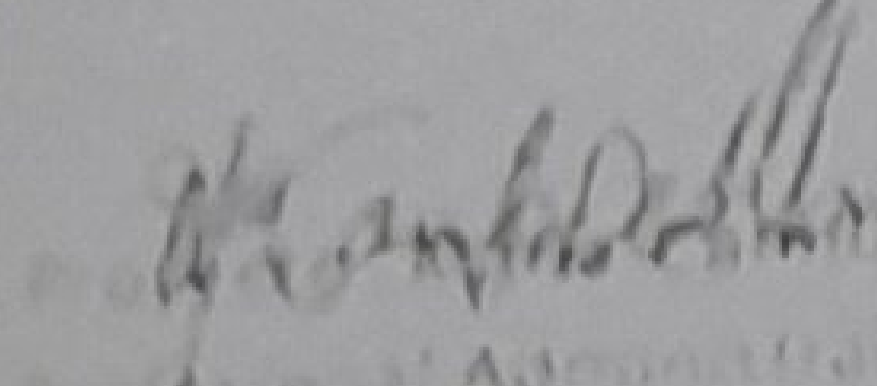
Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta a los 19 Dias del mes de MARZO del año 2026.

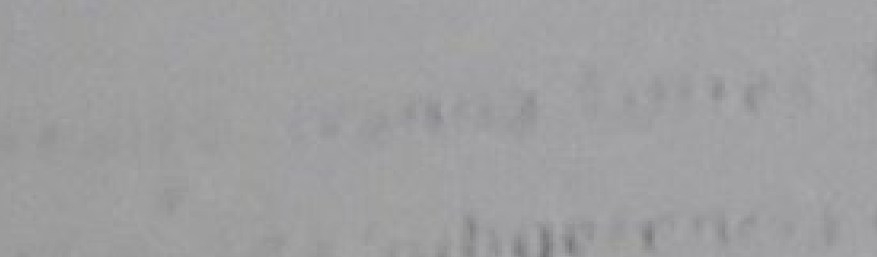
SUPERVISOR.

CONTRATISTA.

  
**LIZETH CARDENAS ZAMBRANO**  
 C.C. 1.082.957.906

  
**CAMPO CUELLO JESUS DANIEL**  
 CC 1235239509

  
 María de Alba  
 Profesional Administrativa Enfermería

  
 Mariana Torres Torres  
 Subgerente Científica

**HJM**JULIO MENDEZ  
BARRENECHE**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO**CODIGO: 50729  
VERSION: 003  
FECHA DE ULTIMA REVISIÓN:  
22/04/2024  
PAGINA: 1 de 1

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

JESUS DANIEL CAMPO CUELLO

CON C.C N° 1.235.239.509

**I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS**

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR CAMILLERO PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.

GD20201371

DE FECHA INICIO

ITEM

**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)

- 1 TRASLADO DE PACIENTES UCI, HOSPITALIZACION PEDIATRICA Y EN TODOS LOS SERVICIOS QUE SE REQUIERAN
- 2 ADELANTE LOS PROCESOS DE TRASLADO DE PACIENTE PARA DIFERENTES SERVICIOS, IMAGENOLOGIA, ECOGRAFIAS, ENDOSCOPIAS ENTRE OTRAS
- 3 TRASLADO DE CADAVERES DEL SERVICIO HOSPITALARIO DONDE FALLECE A LA MORQUE DE LA ESE HUJMB
- 4 CUMPLI TURNOS PROGRAMADOS DE ACUERDO A LOS PARAMETROS DE CALIDAD, CON SEGURIDAD Y PRECISION TECNICA
- 5 RECIBI Y ENTREGUE TURNOS DE ACUERDO A LA GUIA INSTITUCIONAL.
- 6 GARANTICE EL TRASLADO DE LOS PACIENTES DE DIFERENTES EPB DENTRO DE LA ESE. HUJMB
- 7 ASISTI A CAPACITACIONES, PROGRAMAS DE FORMACIÓN CONTINUA, Y APROPIACIÓN DE PROCESOS DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN.
- 8 ATENDI A LOS PACIENTE EN LOS DIFERENTE TRASLASDO CON TRATO HUMANIZADO EN EL TURNO.
- 9 REPORTE ANOMALIAS AL JEFE INMEDIATO A CARGO DEL AREA DEL SERVICIO ASIGNADO
- 10 BIENESTAR DEL PACIENTE Y LA LABOR DE ETE FUNCIONARIO CUMPLIR CON LOS TURNO PORGRAMADOS POR LA E.S.E DE ACUERDO A LOS PARAMETROS DE CALIDAD, OPORTUNIDAD, ACCESABILIDAD, CONTINUIDAD, SUFICIENCIA, INTEGRIDAD, SEGURIDAD, PRECISION TECNICA, RACIONALIDAD, CALIDEZ, TRANSPARENCIA, CONSETIMIENTO Y ALTO CONTINUO PARA ATENDER LA SALUD DE CADA UNO DE LOS

**III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

No. DE PLANILLA:	4645180166	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	MUTUALSER	24/03/2026	\$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	24/03/2026	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	24/03/2026	\$ 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.
- 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:

1.235.239.509

## PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACION APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**  
 CÉDULA DE CIUDADANÍA: SANTA MARTA DEPARTAMENTO  
 AVENIDA DEL RIO TELÉFONO: 02 INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE: PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA: UNICO  
 NOMBRE: JESUS DANIEL CAMPO CUELLO MAGDALENA 8014441  
 INDEPENDIENTE  
 Otras actividades de servicios personales n.c.d. NO

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**  
 NÚMERO PLANILLA: 4645180166 TIPO DE PLANILLA: 2205 PERIODO COTIZACIÓN VALOR: 22/01/2021 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 22010371

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**  
 NÚMERO PLANILLA: 4645180166 TIPO DE PLANILLA: 2205 PERIODO COTIZACIÓN VALOR: 22/01/2021 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 22010371

TIPO IDENTIFICACIÓN	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	CIUDAD/MUNICIPIO	DIRECCIÓN	TIPO APORTANTE	TIPO EMPRESA	CÓDIGO DE PRESENTACIÓN	APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD	SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)	DATOS GENERALES DEL APORTANTE		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		TOTAL APORTES A PENSIÓN APORTES VOLUNTARIOS		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES	
									CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	DEPARTAMENTO	AVENIDA DEL RIO	TELÉFONO	CLASE APORTANTE	ACTIVIDAD ECONOMICA	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE
230301	ESSECOI	230301-PORVENIR	ADMINISTRADORA	NOMBRE	ADMINISTRADORA	NOMBRE			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
SUB-TOTALES		ESSECOI-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL ESS		ADMINISTRADORA		NOMBRE		1		1		1		1		1		

CÓDIGO	NOMBRE	CÓDIGO	NOMBRE	CÓDIGO	NOMBRE	TOTAL APORTES A PENSIÓN APORTES VOLUNTARIOS		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES	
						EMPLEADOR	VALOR	EMPLEADOR	VALOR	EMPLEADOR	VALOR
230301	ESSECOI	230301	ESSECOI	230301	ESSECOI	1	\$ 280.200	1	\$ 280.200	1	\$ 0
SUB-TOTALES		ESSECOI-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL ESS		ADMINISTRADORA		1		1		1	

CÓDIGO	NOMBRE	CÓDIGO	NOMBRE	CÓDIGO	NOMBRE	TOTAL APORTES A PENSIÓN APORTES VOLUNTARIOS		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES	
						EMPLEADOR	VALOR	EMPLEADOR	VALOR	EMPLEADOR	VALOR
14-23	ESSECOI	14-23	ESSECOI	14-23	ESSECOI	1	\$ 280.200	1	\$ 280.200	1	\$ 0
SUB-TOTALES		ESSECOI-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL ESS		ADMINISTRADORA		1		1		1	

Nº IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO	SUB-TIPO	SALARIO	TIPO DE	NOVEDADES	PENSIÓN	SEGURO SOCIAL	TOTAL APORTES A PENSIÓN APORTES VOLUNTARIOS		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES	
									EMPLEADOR	VALOR	EMPLEADOR	VALOR	EMPLEADOR	VALOR
230301	ESSECOI	230301	ESSECOI	230301	ESSECOI	1	1	1	1	1	1	1	1	
SUB-TOTALES		ESSECOI-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL ESS		ADMINISTRADORA		1		1		1		1		

**TOTAL PAGADO: \$ 549.000**