| E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO 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 BERNUIL DELSOCORRO SIERRA ARIAS identificado con C.C. 57429633**

| 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: | CD20260175 | RP: | 155 | 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

| E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA | 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**

**BERNUIL DEL SOCORRO SIERRA ARIAS**

**CON C.C Nº 57429633**

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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE. | | | |
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | CD20260175 DEL 2026 | | DE FECHA INICIO | 08/01/2026 |

| 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 especificas del objeto del contrato) |
|---|---|
| 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 faltas 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 | 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: | 4640240098 | OPERADOR: | SOI |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | SALUD TOTAL | 23/2/2026 | $ 218.900 |
| PENSIÓN: | PORVENIR | 23/2/2026 | $ 280.200 |
| RIESGOS LABORALES: | POSITIVA | 23/2/2026 | $ 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: | Bernuil Sierra A |
| Nº. IDENTIFICACIÓN: | 57429633 |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI

Bancoomeva

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | |
|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA |
| NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 57429633 |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | BERNUIL DEL SOCORRO SIERRA ARIAS |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | SANTA MARTA |
| DEPARTAMENTO: | MAGDALENA |
| DIRECCIÓN: | CALLE 4C 21C-64 |
| TELÉFONO: | 4200000 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE |
| CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA |
| ACTIVIDAD ECONÓMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | |
|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | 4640240098 |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES enero AÑO 2026 |
| DÍAS DE MORA: | 14 |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2026/02/23 |
| TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES enero AÑO 2026 |
| NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 9995798341 |

### 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 280.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 2.500 | $ 0 | $ 280.200 | $ 2.500 | $ 282.700 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 280.200 | $ 2.500 | $ 282.700 |

### 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 218.900 | $ 0 | $ 2.000 | $ 0 | $ 218.900 | $ 2.000 | $ 0 | $ 220.900 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 218.900 | $ 2.000 | $ 0 | $ 220.900 |

### 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 42.700 | $ 42.700 | $ 400 | $ 0 | $ 43.100 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | $ 42.700 | $ 400 | $ 0 | $ 43.100 |

### 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 57429633 | SIERRA ARIAS BERNUIL DEL SOCORRO | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.750.905 | $ 280.200 | $ 0 | | | $ 0 | Normal | $ 280.200 |

**SEGURIDAD SOCIAL – SALUD**

| ADMIN | DÍAS COT. | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|
| EPS002-SALUD TOTAL | 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 | 57429633 | $ 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: $ 546.700**

Planilla Pagada

SOI

2026/02/23 4:23 PM USUARIO: SOI CC1082833075

| | | |
|---|---|---|
| E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | **ACTA FINAL** | CODIGO: GIC26F<br>VERSION: 002<br>FECHA ULTIMA DE REVISION: 12/12/2024<br>PAGINA 1 de 1 |

## ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20260175 DEL 2026

| | |
|---|---|
| NO. DEL CONTRATO | CD20260175 DEL 2026 |
| NOMBRE DEL CONTRATANTE | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA | BERNUIL DELSOCORRO SIERRA ARIAS |
| NO. DE IDENTIDAD | 57429633 |
| 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 | 155 |
| 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 **CD20260175** por otra parte BERNUIL DELSOCORRO SIERRA ARIAS, identificado con la cedula de ciudadanía No. 57429633 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**

CONTRATISTA,

**BERNUIL DELSOCORRO SIERRA ARIAS**
**57429633**

Proyectó: María Camila De Alba
Profesional Administrativo Enfermería

Powered by CamScanner