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 MILADIS BARRIOS GOMEZ identificado con C.C. 57446223

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:	CD20260192	RP:	58	CDP:	2
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	5.200.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:		2.437.500,00	
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2026-01-07	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

Scanned with CamScanner

HUJMB E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE	**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 BARRENECHE Y MILADIS BARRIOS GOMEZ CON C.C Nº 57446223

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERM PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSIT JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.

ONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20260192.	**DE FECHA DE INICIO**	7/1/20

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	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	Clasificar, ordenar y controlar las lencerías de los servicios a efectos de reposición de ropas y de vestuario, relacionándose con los servicios de lavandería.
3	Informar las fallas de material y equipo de servicios, al líder más cercano
	Participar en los programas de enseñanza en servicio para desarrollo de personal Proporcionar orientación al paciente y familiar
	Observación y reporte de signos de alarma presentados por sus pacientes
	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 garantía de los servicios ofrecidos debe permitir que estos mantengan su calidad e idoneidad
	Realizar asepsia general semanal y diaria cuando egrese el paciente, registrar en el formato correspondiente
	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
	Recibir, registrar oportunamente los elementos de protección personal y cumplir con el correcto uso de estc Diligenciar correctamente los formatos requeridos en los servicios
	Desarrollar las actividades definidas de acuerdo a contratación definido por partes con las agendas estable mensuales
	Realizar notas de Enfermeria a pacientes asignados en los tiempos reglamentados
	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
	Informar a la enfermera y médico del estado de los pacientes relacionados a su competencia.
	Realizar el seguimiento de la correcta administración de los medicamentos bajo la supervisión de la enferr arantizando el cumplimiento de los protocolos establecidos y el bienestar del paciente
	ealizar todas y cada una de las actividades que asigne el supervisor del contrato y las demás que deterr erente, y que se deriven de las necesidades de la E.S.E

Scanned with CamScanner

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

./o. DE PLANILLA:	9498348365	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUDTOTAL	25/02/2026	218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	25/02/2026	280.200
RIESGOS LABORALES:	COLMENA	25/02/2026	42.700

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

RMA DEL CONTRATISTA:	Hilader Barrios Jaimez
	C.C. No. 57446223

Scanned with CamScanner

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO CD20260192 DEL 2026

NO. DEL CONTRATO	CD20260192 DE L 2026
NOMBRE DEL CONTRATANTE	E S E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	MILADIS BARRIOS GOMEZ
NO. DE IDENTIDAD	57446223
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	58
FECHA DE ACTA DE INICIO	7 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 d ciudadanía número CC.85.455.393, expedida en Santa Marta, obrando en calidad de PROFESIONA ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL DE QUIROFANOS Y TOCOFANOS, quien actúa como supervisor d contrato CD20260192 por otra parte MILADIS BARRIOS GOMEZ, identificado con la cedula de ciudadanía N 57446223 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 conce 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

Profesional Administrativo Enfermeria

CONTRATISTA

Miladis Barrios Gomez

MILADIS BARRIOS GOMEZ
57446223

Scanned with CamScanner

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 57446223		BARRIOS GOMEZ MILADYS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 4A # 31 76 MANZANARES	SANTA MARTA-MAGDALENA	3013067039	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-01	88702500	9498148365	I	2026/02/06	2026/02/25	NEQUI	19	$548,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS			
No.	Identificacion	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Ap
[illegible]					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	
1	CC	57446223	BARRIOS MILADYS	25-14	30	$1,750,905	$280,200	EPS002	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-29	30	$1,750,905	
Total	**Afiliados(1)**				$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	

Scanned with CamScanner