



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 SARA JIMÉNEZ DURAN identificado con C.C. 36667896

Fecha de Diligenciamiento: 2026-03-30

I. DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE APOYO AL AREA DE EPIDEMIOLOGIA DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE				
N° CONTRATO:	CD20261557	RP:	2264	CDP:	437
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	11.400.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	3.800.000,00		
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2026-03-20	FECHA DE FINALIZACION:	2026-05-31		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIZETH PAOLA CARDENAS ZAMBRANO				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SUBGERENCIA CIENTÍFICA				

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  
SUBGERENCIA CIENTÍFICA

SARA JIMÉNEZ DURAN  
36667896  
URBANIZACIÓN CIUDAD DEL SOL 3 ETAPA MANZANA E CASA 39  
3106138047  
SARAJU-2024@HOTMAIL.COM

## CUENTA DE COBRO

### DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento: 2026-03-30

NOMBRES Y APELLIDOS: SARA JIMÉNEZ DURAN

DOCUMENTO: 36667896

DIRECCIÓN: URBANIZACIÓN CIUDAD DEL SOL 3 ET TELEFONO: 3106138047

CORREO ELECTRONICO: SARAJU-2024@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: CD20261557

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE APOYO AL AREA DE EPIDEMIOLOGIA DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

RP: 2264 CDP: 437 FECHA INICIO: 2026-03-20 FECHA FINAL: 2026-05-31

VALOR CONTRATO: 11.400.000,00 VALOR A PAGAR: 3.800.000,00

MONEDA A CONSIGNAR: falabella TIPO DE CUENTA: Ahorros No. CUENTA: 114060367258

IMPORTE ADICION: N/A RP - ADICION: N/A VALOR ADICION: 0,00

PERIODO OBJETO DE COBRO: Marzo

FIRMA



SARA JIMÉNEZ DURAN  
C.C. 36667896 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. CD20261557 DE 2026

NO. DEL CONTRATO	CD20261557
NOMBRE DEL CONTRATANTE	HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	SARA JUDITH JIMENEZ DURAN
NO. DE IDENTIDAD	36667896
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE APOYO AL AREA DE EPIDEMIOLOGIA DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$11.400.000
FORMA DE PAGO	El HUJMB cancelará al CONTRATISTA en 3 pago(s) equivalentes a \$(3.800.000) C/U, de conformidad con el informe de la ejecución de las actividades contractuales realizadas, previa certificación de cumplimiento de expedida por parte del Supervisor del contrato.
PLAZO DE EJECUCIÓN	Previa legalización del contrato sin exceder el 5/31/2026
CDP	437
RP	2264
SUPERVISOR DEL CONTRATO	SUBGERENCIA CIENTÍFICA

Entre los suscritos, a saber, por una parte, **LIZETH PAOLA CARDENAS ZAMBRANO**, mayor de edad, identificado(a) con la Cédula de Ciudadanía N° 1.082.957.906, obrando en calidad de **SUBGERENTE CIENTÍFICA**, quien actúa como **SUPERVISOR** del Contrato No. **CD20261557** de 2026; y, por otra parte, **SARA JUDITH JIMENEZ DURAN**, mayor de edad, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía N° 36667896, 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 de lo anterior, se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta el 3/20/2026

SUPERVISOR

**LIZETH PAOLA CARDENAS ZAMBRANO**  
SUBGERENTE CIENTÍFICA

CONTRATISTA

**SARA JUDITH JIMENEZ DURAN**

Proyectó: Silena Sandoval López   
Abogada Contratista → Subg. Científica

	<b>FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO</b>	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**

**SARA JIMENEZ DURAN**

**CON C.C N° 36667896**

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

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** CD20261557      **DE FECHA INICIO** 20/03/2026

**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	Se realiza Prestación de servicios profesionales como Especialista en el área de Epidemiología en la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche.
2	Se realizo seguimiento de la notificación de las enfermedades de Salud Pública en SIVIGILA. Morbimortalidad materna con ingreso de historia clínica en SIVIGILA de 2 casos por Muerte Maternas durante entre los meses de agosto y septiembre del 2025
3	Se ha Garantizado la presencia y disponibilidad oportuna cuando requiera para desempeñar las funciones como Epidemiólogo. Se genero unidad de analisis por mortalidad de niño menor de 5 años ( 9 de septiembre) y muerte materna, las cuales fueron presentadas en la secretaria distrital y departamental respectivamente
4	Se realizo actividades de registro, análisis y socialización de los indicadores definidos institucionalmente. Se generaron depuro base de datos Sivigila del mes de septiembre del 2025, a fin de actualizar los indicadores de eventos presentados en el H.U.J.M.B, por sexo, población, así como morbilidad materna extrema, indicadores de hospital padrino, y se realizo la
5	Se realizo Coordinación, seguimiento, apoyo y participación de los comités de vigilancia epidemiológica, según los lineamientos del INS - Instituto Nacional de Salud. COVE realizado el día 18 de septiembre del presente año, se establecieron indicadores y % de eventos presentados en el mes de julio en el H.U.J.M.B.
6	Se apoyo en las actividades inherentes a los procesos de Gestión de la Calidad, la Información y la Tecnología. Se realizo lidero la gestión para generar el proceso de descargue de los RIPS con acompañamiento y capacitación del área de facturación el día 11 de septiembre de 2025, así como los permisos para acceder a los mismos con el área de sistema del H.U.J.M.B, lo que permite mejorar la calidad del dato y de la información para generar búsqueda activa institucionales de los eventos en salud publica

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


<b>No. DE PLANILLA:</b>	4648273963	<b>OPERADOR:</b>	SOI
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>
<b>SALUD:</b>	SANITAS	25/03/2026	\$ 178.800
<b>PENSIÓN:</b>	COLPENSIONES	25/03/2026	\$ 228.900
<b>RIESGOS LABORALES:</b>	POSITIVA	25/03/2026	\$ 34.900

**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 periodo correspondiente

**FIRMA DEL CONTRATISTA:** 

**N°. IDENTIFICACIÓN:** CC .36667896

