



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  
LILIANA ESTHER VILLANUEVA JIMENEZ identificado con C.C. 36725366

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.

Nº CONTRATO: CD20261137

RP:

1442

CDP:

2

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: 5.200.000,00

VALOR DE HONORARIOS PERIODO: 2.600.000,00

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 2026-01-27

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 Febrero

**V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES**

  
MILCIADES OSORIO SANCHEZ  
8742789

UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADO CRÍTICO



FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO

CODIGO:GJC23F  
VERSION:003  
FECHADE ULTIMA REVISION:  
22/08/2024  
PAGINA 1 de 1

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

LILIANA ESTHER VILLANUEVA JIMENEZ

CON C.C.Nº 36725366

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

**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.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. CD20261137 DE FECHA DE INICIO 27/1/2026

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 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
4	Participar en los programas de enseñanza en servicio para desarrollo de personal Proporcionar orientación al paciente y familiar
5	Observación y reporte de signos de alarma presentados por sus pacientes
6	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
7	Realizar asepsia general semanal y diaria cuando egrese el paciente, registrar en el formato correspondiente
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**

<b>No. DE PLANILLA:</b>	<b>9500273053.</b>	<b>OPERADOR:</b>	<b>Aportes en línea</b>
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>
<b>SALUD:</b>	<b>MUTUALSER</b>	24/02/2026	<b>218.900</b>
<b>PENSIÓN:</b>	<b>PORVENIR</b>	24/02/2026	<b>280.200</b>
<b>RIESGOS LABORALES:</b>	<b>POSITIVA</b>	24/02/2026	<b>42.700</b>

**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

**FIRMA DEL CONTRATISTA:****C.C. No 36725366**

## 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 36725366		VILLANUEVA JIMENEZ LILIANA ESTHER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 24#22-05	SANTA MARTA-MAGDALENA	4367890	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2026-01	2026-01	87138004	9500273053	I	2026/02/16	2026/02/24	BANCO DAVIVIENDA	8	\$72,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																								
EMPLEADO					PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte			
Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)					\$233,454	\$37,400			\$233,454	\$29,200			\$0	\$0			\$233,454	\$5,700			\$0	\$0		
Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)					\$233,454	\$37,400			\$233,454	\$29,200			\$0	\$0			\$233,454	\$5,700			\$0	\$0		
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA ( 1 Afiliados)					\$233,454	\$37,400			\$233,454	\$29,200			\$0	\$0			\$233,454	\$5,700			\$0	\$0		
1	CC 36725366	VILLANUEVA LILIANA	230301	4	\$233,454	\$37,400	EP5048		\$233,454	\$29,200		0	\$0	\$0	14-23	4	\$233,454	\$5,700	0		\$0	\$0		
<b>Total Afiliados( 1)</b>					\$233,454	\$37,400			\$233,454	\$29,200			\$0	\$0			\$233,454	\$5,700			\$0	\$0		

PAGADA PLANILLA  
ILLABE

## Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 36725366		VILLANUEVA JIMENEZ LILIANA ESTHER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 24#22-05	SANTA MARTA-MAGDALENA	4367890	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2026-01	2026-01	87138004	9500273053		2026/02/16	2026/02/24	BANCO DAVIVIENDA	8	\$72,800

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES/MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
<b>AFP (ADMINISTRADORAS: 1)</b>									
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$37,400	\$200	\$0	\$37,400	\$37,600
<b>ARL (ADMINISTRADORAS: 1)</b>									
POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$5,700	\$100	\$0	\$5,800	\$5,800
<b>EPS (ADMINISTRADORAS: 1)</b>									
EPS MUTUAL SER	EPS048	806,008,394	7	1	\$29,200	\$200	\$0	\$29,400	\$29,400
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$72,300</b>	<b>\$500</b>	<b>\$0</b>	<b>\$72,800</b>	<b>\$72,800</b>

A PAGADA PLANILLA  
ILLABARCA  
ADA PLANILLA  
A PAGADA PLANILLA  
A PAGADA PLANILLA



# ACTA FINAL

CODIGO GJC25F  
VERSION: 002  
FECHA ULTIMA DE  
REVISION: 12/12/2024  
PAGINA 1 de 1

## ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20261137 DEL 2026


NO. DEL CONTRATO	CD20261137 DEL 2026
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	LILIANA ESTHER VILLANUEVA JIMENEZ
NO. DE IDENTIDAD	36725366
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 HUMB 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	1442
FECHA DE ACTA DE INICIO	27 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 DE HOSPITALIZACION Y CUIDADO CRITICO

Entre los suscritos, MILCIADES OSORIO SANCHEZ, mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número CC.8.742.789, expedida en Santa Marta, obrando en calidad de PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL HOSPITALIZACION Y CUIDADO CRITICO, quien actúa como supervisor del contrato CD20261137 por otra parte LILIANA ESTHER VILLANUEVA JIMENEZ, identificado con la cédula de ciudadanía No. 36725366 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,

  
MILCIADES OSORIO SANCHEZ  
CC. 83.742.789

Prof. en Ciencias De Alba  
Profesional Asistencial Enfermería

CONTRATISTA,

  
LILIANA ESTHER VILLANUEVA JIMENEZ  
36725366