	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 IRMA GREGORIA NIEBLES ARIZA identificado con C.C. 57427348

Fecha de Diligenciamiento: 2025-11-27

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:	CD20254351	RP:	6340
		CDP:	2241
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	2.100.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	2.100.000,00
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2025-11-06	FECHA DE FINALIZACION:	2025-11-30
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	BEATRIZ HELENA CAAMAÑO LEON		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE PSIQUIATRÍA Y REHABILITACIÓN		

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 Noviembre

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES



BEATRIZ HELENA CAAMAÑO LEON
 39013365
 UNIDAD FUNCIONAL DE PSIQUIATRÍA Y REHABILITACIÓN

IRMA GREGORIA NIEBLES ARIZA
57427348
CARRERA 18A #11-47
7275486
IRMANIEBLESARIZA1969@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

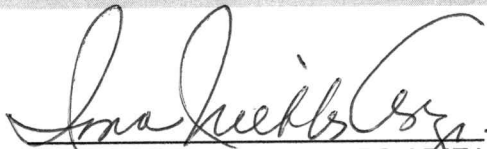
Fecha de Diligenciamiento:	2025-11-27		
NOMBRES Y APELLIDOS:	IRMA GREGORIA NIEBLES ARIZA		
DOCUMENTO:	57427348		
DIRECCIÓN:	CARRERA 18A #11-47	TELÉFONO:	7275486
CORREO ELECTRONICO:	IRMANIEBLESARIZA1969@GMAIL.COM		

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que en la declaración de renta del año gravable 2024 no tomaré costos y deducciones

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° CONTRATO:	CD20254351						
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.						
RP:	6340	CDP:	2241	FECHA INICIO:	2025-11-06	FECHA FINAL:	2025-11-30
VALOR CONTRATO:	2.100.000,00			VALOR A PAGAR:	2.100.000,00		
BANCO A CONSIGNAR:	BANCO BOGOTA		TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	0000000	
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:				Noviembre			

FIRMA


IRMA GREGORIA NIEBLES ARIZA
C.C. 57427348 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. CD20254351 DEL 2025

NO. DEL CONTRATO	CD20254351 DEL 2025
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	NIEBLES ARIZA IRMA GREGORIA
NO. DE IDENTIDAD	57427348
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 BARRENECHÉ.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 2.100.000 (DOS MILLONES CIENTO MIL PESOS M/CTE)
FORMA DE PAGO	1 pagos mensuales por valor de \$ 2.100.000
PLAZO DE EJECUCIÓN	EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO ES APARTIR DE SU LEGALIZACIÓN (REGISTRO PRESUPUESTAL (RP) Y SUSCRIPCIÓN ACTA DE INICIO) HASTA EL 30 DE NOVIEMBRE 2025
CDP	2241
REGISTRO PRESUPUESTAL	6340
SUPERVISOR DEL CONTRATO	BEATRIZ HELENA CAAMAÑO LEON

Entre los suscritos, BEATRIZ HELENA CAAMAÑO LEON, mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 39.013.365 expedida en el Banco Magdalena, obrando en calidad de profesional especializado quien actúa como supervisor del contrato CD20254351 por otra parte NIEBLES ARIZA IRMA GREGORIA, 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 6 días, del mes de NOVIEMBRE del año 2025.

SUPERVISOR,



BEATRIZ HELENA CAAMAÑO LEON

39.013.365

Profesional Universitario del área
de la salud

CONTRATISTA,



NIEBLES ARIZA IRMA GREGORIA

57427348

Proyecto: *Yesid* Camacho M
Apoyo Administrativo

891780185-2

Carrera 14 # 23-42, Los Alcázares

gerencia@hujmb.gov.co

@hujuliomendezb
www.hujmb.gov.co



ACTA FINAL

CODIGO: GJC26F
VERSION: 002
FECHA ULTIMA DE
REVISION: 12/12/2024
PAGINA 1 de 1

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20254351 DEL 2025

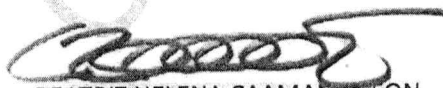
NO. DEL CONTRATO	CD20254351 DE 2025
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	NIEBLES ARIZA IRMA GREGORIA
NO. DE IDENTIDAD	57427348
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 2.100.000 (DOS MILLONES CIENTO MIL PESOS M/CTE)
FORMA DE PAGO	El HUJMB cancelará al CONTRATISTA en (1) pagos por valor de \$ 2.100.000 parciales de conformidad con el informe 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 30 de NOVIEMBRE 2025
CDP	2241
REGISTRO PRESUPUESTAL	6340
FECHA DE ACTA DE INICIO	11/6/2025
FECHA DE TERMINACION CONTRATO	30 DE NOVIEMBRE 2025
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	BEATRIZ HELENA CAAMAÑO LEON

Entre los suscritos, **BEATRIZ HELENA CAAMAÑO LEON** mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **39.073.365** expedida en Santa Marta, obrando en calidad de **P.E.U.F. PISQUIATRIA** quien actúa como supervisor del contrato **CD20254351 DEL 2025** por otra parte **NIEBLES ARIZA IRMA GREGORIA** identificado con la cédula de ciudadanía No. **57427348** en su condición de contratista se reunieron para firmar acta de finalización de contrato.

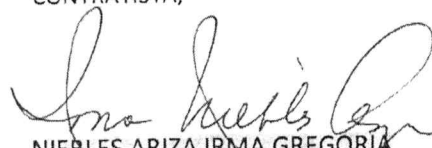
Por último el hospital se declara que no existe emolumento alguno entre las partes y con todo concepto respecto de las obligaciones mutuas pactadas en el contrato prestación de servicios en referencia.


Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta el mes de NOVIEMBRE del año 2025

SUPERVISOR,


BEATRIZ HELENA CAAMAÑO LEON
CC 8.742.789

CONTRATISTA,


NIEBLES ARIZA IRMA GREGORIA
57427348


Proyectó: Yesid Camacho M
Apoyo Administrativo



FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO

CODIGO: GJC23F
VERSION: 003
FECHA DE ULTIMA REVISION: 22/04/2025
PAGINA 1 de 1

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

IRMA GREGORIA NIEBLES ARIZA

CON C.C N° 57427348

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. CD20254351 DE FECHA INICIO 6/11/2025

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 de auxiliar de enfermería en cualquier servicio de la E.S.E
2	Obsevacion y reporte de signos de alarma presentados por sus pacientes.
3	Informar las fallas de material y equipo de servicios, al lider mas cercano.
4	Participar en los programas de enseñanza en servicio para desarrollo de personal Proporcionar orientación al paciente y familiar
5	Garantizar que la prestacion de servicio objeto del contrato cumplan estrictamente con las caracteriscas y referencias escrita en el presente documento, las cuales se deben ajustar a las normas de calidad de conformidad con lo establecido por la E.SE. Hospital Universitario Julio Mendez Barreneche. Adicionalmente la garantia 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 dereposición de ropas y de vestuario, relacionándose con los servicios de lavandería.
8	Realizar una adecuada segregación de los elementos de protecciónpersonal, 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 definidopor partes con las agendas establecidas mensuales
11	Realizar notas de Enfermería a pacientes asignados en los tiemposreglamentados
12	Preparar el cuerpo del paciente fallecido y entregar al familiar todas laspartenencias 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 pacientesrelacionados a su competencia
14	Realizar el seguimiento de la correcta administración de losmedicamentos 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:	4627885675	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	25/11/2025	178.000
PENSIÓN:	COLFONDOS	25/11/2025	227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	25/11/2025	34.700

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

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

FIRMA DEL CONTRATISTA:

N°. IDENTIFICACIÓN:

CC: 57427348

