

**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: 2025-10-28

**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:	CD20253216	RP:	4609	CDP:	1106
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	4.200.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	1.706.250,00		
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2025-08-12	FECHA DE FINALIZACION:	2025-10-31		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	BEATRIZ HELENA CAAMAÑO LEON				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE PSIQUIATRÍA Y REHABILITACIÓN				

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

CDP - ADICION:	2071	RP - ADICION:	5517	VALOR CONTRATO CON ADICION:	2.100.000,00
----------------	------	---------------	------	-----------------------------	--------------

**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 Octubre

**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

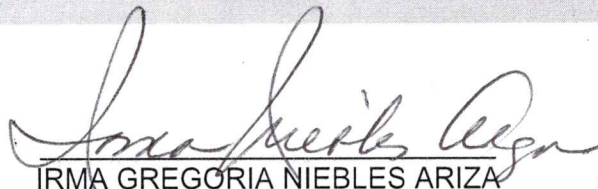
Fecha de Diligenciamiento:	2025-10-28		
NOMBRES Y APELLIDOS:	IRMA GREGORIA NIEBLES ARIZA		
DOCUMENTO:	57427348		
DIRECCIÓN:	CARRERA 18A #11-47	TELÉFONO:	7275486
CORREO ELECTRONICO:	IRMANIEBLESARIZA1969@GMAIL.COM		

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:	CD20253216						
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:	4609	CDP:	1106	FECHA INICIO:	2025-08-12	FECHA FINAL:	2025-10-31
VALOR CONTRATO:	4.200.000,00			VALOR A PAGAR:	1.706.250,00		
BANCO A CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	000000		
CDP - ADICION:	2071	RP - ADICION:	5517	VALOR ADICION:	2.100.000,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	Octubre						

### FIRMA



IRMA GREGORIA NIEBLES ARIZA  
C.C. 57427348 expedida en SANTA MARTA



## ACTA FINAL

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

### ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20253216 DEL 2025

NO. DEL CONTRATO	CD20253216 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	\$ 4.200.000 (CUATRO MILLONES DOSCIENTOS MIL) M / CTE
FORMA DE PAGO	El HUJMB cancelará al CONTRATISTA en ( 2 ) 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 septiembre 2025
CDP	1106
REGISTRO PRESUPUESTAL	4609
FECHA DE ACTA DE INICIO	AGOSTO 12 DE 2025
FECHA DE TERMINACION CONTRATO	30 DE SEPTIEMBRE DEL 2025
<b>ADICION</b>	
CDP DE LA ADICION	2071
REGISTRO PRESUPUESTAL DE LA ADICION	5517
PLAZO ADICION	1 MES
FORMA DE PAGO ADICION	1 PAGO POR VALOR DE \$ 2.100.000
FECHA DE TERMINACION DE CONTRATO CON ADICION.	31 DE OCTUBRE DE 2025
VALOR ADICION	\$ 2.100.000
VALOR FINAL DEL CONTRATO	\$ 6.300.000 (SEIS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS ) M / CTE
SUPERVISOR DEL CONTRATO	<b>BEATRIZ HELENA CAAMAÑO LEON</b>

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 CD20253216 DEL 2025 por otra parte **NIEBLES ARIZA IRMA GREGORIA** identificado con la cedula 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 en el mes de OCTUBRE 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 PRESTACION 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. CD20253216 DE FECHA INICIO 12/8/2025

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 de auxiliar de enfermería en cualquier servicio de la E.S.E
2	Obseccion 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 prestación de servicio objeto del contrato cumplan estrictamente con las características 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.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez 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	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 definida 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:	4627567568	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	28/10/2025	178,000
PENSIÓN:	COLFONDOS	28/10/2025	227,800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	28/10/2025	34,700

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

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

FIRMA DEL CONTRATISTA:

*Irma Niebles*

N°. IDENTIFICACIÓN:

CC: 57427348

