

	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
YOLIMA CECILIA FUENTES CUELLO identificado con C.C. 36557350**

Fecha de Diligenciamiento:	2026-03-30
-----------------------------------	-------------------

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:	CD20261651	RP:	2179
		CDP:	437
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	7.800.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	2.600.000,00
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2026-03-19	FECHA DE FINALIZACION:	2026-05-31
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
-----------------------	-----	----------------------	-----	------------------------------------	------

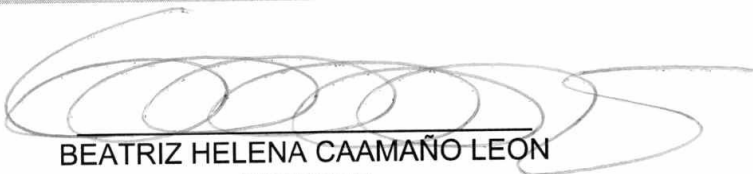
III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

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 Marzo

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES



BEATRIZ HELENA CAAMAÑO LEON

39013365

UNIDAD FUNCIONAL DE PSIQUIATRÍA Y REHABILITACIÓN

YOLIMA CECILIA FUENTES CUELLO
36557350
CALLE 10A # 20A09
3172700100
YOCE31@HOTMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

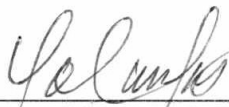
Fecha de Diligenciamiento:	2026-03-30		
NOMBRES Y APELLIDOS:	YOLIMA CECILIA FUENTES CUELLO		
DOCUMENTO:	36557350		
DIRECCIÓN:	CALLE 10A # 20A09	TELÉFONO:	3172700100
CORREO ELECTRONICO:	YOCE31@HOTMAIL.COM		

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:	CD20261651						
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:	2179	CDP:	437	FECHA INICIO:	2026-03-19	FECHA FINAL:	2026-05-31
VALOR CONTRATO:	7.800.000,00		VALOR A PAGAR:	2.600.000,00			
BANCO A CONSIGNAR:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	55017100084385		
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	Marzo						

FIRMA


YOLIMA CECILIA FUENTES CUELLO
C.C. 36557350 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. CD20261651 DEL 2026

NO. DEL CONTRATO	CD20261651 DEL 2026
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	YOLIMA CECILIA FUENTES CUELLO
NO. DE IDENTIDAD	36557350
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 7.800.000 Siete millones ochocientos mil
FORMA DE PAGO	3 pagos mensuales por valor de \$ 2.600.000
PLAZO DE EJECUCIÓN	EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO ES APARTIR DE SU LEGALIZACIÓN (REGISTRO PRESUPUESTAL (RP) Y SUSCRIPCIÓN ACTA DE INICIO) HASTA EL 31 MAYO 2026
CDP	437
REGISTRO PRESUPUESTAL	2179
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 CD20261651 por otra parte YOLIMA CECILIA FUENTES CUELLO, 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 19 días, del mes de MARZO del año 2026.

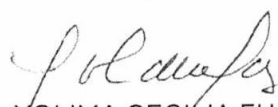
SUPERVISOR,

CONTRATISTA,


BEATRIZ HELENA CAAMAÑO LEON

39.013.365

Profesional Universitario del área
de la salud


YOLIMA CECILIA FUENTES CUELLO

36557350


Proyectó: Yesid Camacho M
Apoyo Administrativo



891780185-2



Carrera 14 # 23-42, Los Alcázares



gerencia@hujmb.gov.co

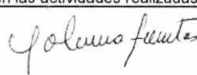


@hujuliomendezb



www.hujmb.gov.co

	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			
YOLIMA CCILIA FUENTES CUELLO			
CON C.C N° 36557350			
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 E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES N°.	CD20261651	DE FECHA INICIO	19/03/2026
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 especificas 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	Observación y reporte de signos de alarma presentados por sus pacientes.		
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	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.		
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:	6005899028	OPERADOR:	APORTES SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	10/03/2026	\$ 218.900
PENSIÓN:			
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	10/03/2026	\$ 42.700
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 (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:	C.C.36557350		

505



TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES															
ADMINISTRADORA		Nº COTIZANTES		NÚMERO AUTORIZACIÓN		INCAPACIDAD ITP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		VALOR P	
CÓDIGO	NOMBRE					VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	DESCUENTO			
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A	1				\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 42 700	\$ 42 700	\$ 0	\$ 0		\$ 0
SUB-TOTALES:															
											\$ 42 700	\$ 0	\$ 0		\$ 0

[illegible]

2026/01/20 5:44 PM ISI IABIO-SOI CC-06557350



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

YOLIMA CECILIA FUENTES CUELLO, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía 36.557.350 es afiliado(a) al Fondo de Pensiones Obligatorias desde el 01 de Enero de 2014, actualmente tiene la **SOLICITUD POR PENSION DE GARANTIA MINIMA** ante esta Sociedad Administradora.

La presente certificación se expide el 23 de mayo de 2024.

Cordialmente,

Garante de Clientes



Tenga en cuenta:

En los Fondos privados como Porvenir la pensión es para toda la vida. Cuando fallece el pensionado, la mesada no le pesa a sus beneficiarios de ley como hijos y esposa(o).