| E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA | 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 YANETH JUDITH HERRERA PION identificado con C.C. 39096676**

| Fecha de Diligenciamiento: | 2025-12-22 |
|---|---|

## 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: | CD20255435 | RP: | 7432 | CDP: | 2297 |
|---|---|---|---|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO: | 2.100.000,00 | VALOR DE HONORARIOS PERIODO: | 2.100.000,00 | | |
| FECHA DEL ACTA DE INICIO: | 2025-12-11 | FECHA DE FINALIZACION: | 2025-12-31 | | |
| 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 Diciembre

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

BEATRIZ HELENA CAAMAÑO LEON
39013365
UNIDAD FUNCIONAL DE PSIQUIATRÍA Y REHABILITACIÓN

YANETH JUDITH HERRERA PION
39096676
PARQUE DE BOLIVAR ETP 3 TORRE 9 APTA 103
3022386254
YAJUD1377@HOTMAIL.COM

# CUENTA DE COBRO

## DATOS PERSONALES

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Diligenciamiento:** | **2025-12-22** | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS: | YANETH JUDITH HERRERA PION | | |
| DOCUMENTO: | 39096676 | | |
| DIRECCIÓN: | PARQUE DE BOLIVAR ETP 3 TORRE 9 A | TELÉFONO: | 3022386254 |
| CORREO ELECTRONICO: | YAJUD1377@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: | CD20255435 |
| 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: | 7432 | CDP: | 2297 | FECHA INICIO: | 2025-12-11 | FECHA FINAL: | 2025-12-31 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| VALOR CONTRATO: | 2.100.000,00 | VALOR A PAGAR: | 2.100.000,00 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| BANCO A CONSIGNAR: | SUDAMERIS | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | No. CUENTA: | 97010029050 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CDP - ADICION: | N/A | RP - ADICION: | N/A | VALOR ADICION: | 0,00 |

| | |
|---|---|
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **Diciembre** |

## FIRMA

Yaneth Herrera P

YANETH JUDITH HERRERA PION
C.C. 39096676 expedida en PLATO MAGDALENA

| E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA | *FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO* | CODIGO: GJC23F<br>VERSION: 003<br>FECHA DE ULTIMA REVISION: 22/08/2024<br>PAGINA 1 de 1 |
|---|---|---|

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

**YANETH JUDITH HERRERA PION**

*CON C.C Nº* **39096676**

| *I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS* | | | |
|---|---|---|---|
| *OBJETO DEL CONTRATO:* | **PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE** | | |
| *CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.* | **CD20255435** | *DE FECHA INICIO* | **11/12/2025** |

| *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 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 debenajustar a las normas de calidad de conformidad conlo 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 defi nidas de acuerdo a contratación defi nido 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:* | **9495645387** | *OPERADOR:* | | **APORTES EN LINEA** |
| *CONCEPTO DEL PAGO* | *ENTIDAD* | *FECHA DE PAGO* | | *VALOR PAGADO* |
| *SALUD:* | **NUEVA EPS** | **22/12/2025** | **$** | **178.000** |
| *PENSIÓN:* | **COLPENSIONES** | **22/12/2025** | **$** | **227.800** |
| *RIESGOS LABORALES:* | **POSITIVA** | **22/12/2025** | **$** | **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*

(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:* | Yaneth Herrera P. |
| *Nº. IDENTIFICACIÓN:* | **C.C. 39096676** |

| | | |
|---|---|---|
| HJMB ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE | **ACTA DE INICIO** | CÓDIGO: GJC25F<br>VERSIÓN: 002<br>FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 09/1/2025<br>PÁGINA 1 de 1 |

## ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20255435 DEL 2025

| | |
|---|---|
| NO. DEL CONTRATO | CD20255435 DEL 2025 |
| NOMBRE DEL CONTRATANTE | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA | HERRERA PION YANETH JUDITH |
| NO. DE IDENTIDAD | 39096676 |
| 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 CIEN 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 31 DE DICIEMBRE 2025 |
| CDP | 2297 |
| REGISTRO PRESUPUESTAL | 7432 |
| 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 CD20255435 por otra parte HERRERA PION YANETH JUDITH , 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 11 días, del mes de DICIEMBRE del año 2025.

SUPERVISOR,

BEATRIZ HELENA CAAMAÑO LEON
39.013.365
Profesional Universitario del área de la salud

CONTRATISTA,

HERRERA PION YANETH JUDITH
39096676

Proyectó: Yesid Camacho M
Apoyo Administrativo

COPIA CONTROLADA

| | | |
|---|---|---|
| E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE | **ACTA FINAL** | CODIGO: GJC26F<br>VERSION: 002<br>FECHA ULTIMA DE REVISION: 12/12/2024<br>PAGINA 1 de 1 |

**ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20255435 DEL 2025**

| | |
|---|---|
| **NO. DEL CONTRATO** | CD20255435 DE 2025 |
| **NOMBRE DEL CONTRATANTE** | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | HERRERA PION YANETH JUDITH |
| **NO. DE IDENTIDAD** | 39096676 |
| **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 CIEN 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 31 de DICIEMBRE 2025 |
| **CDP** | 2297 |
| **REGISTRO PRESUPUESTAL** | 7432 |
| **FECHA DE ACTA DE INICIO** | 12/11/2025 |
| **FECHA DE TERMINACION CONTRATO** | 31 de DICIEMBRE 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 **CD20255435** DEL 2025 por otra parte **HERRERA PION YANETH JUDITH** identificado con la cedula de ciudadanía No. **39096676** 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 lasobligaciones 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 DICIEMBRE del año 2025

SUPERVISOR,

BEATRIZ HELENA CAAMAÑO LEON
CC 8.742.789

CONTRATISTA,

HERRERA PION YANETH JUDITH
39096676

Proyectó: Yesid Camacho M
Apoyo Administrativo

COPIA CONTROLADA

aportes en línea

# 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 39096676 | | HERRERA PION YANETH JUDITH | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CALLE 46 B CRA 65 -6 | SANTA MARTA-MAGDALENA | 6666666 | No |

**DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION**

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-11 | 2025-11 | 2029071008 | 94956453B7 | I | 2025/12/18 | 2025/12/22 | NEQUI | 4 | $441,700 |

**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)** | | | | | **$1,423,500** | **$227,800** | | | **$1,423,500** | **$178,000** | | | **$0** | **$0** | | | **$1,423,500** | **$34,700** | | **$0** | **$0** |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,423,500 | $227,800 | | | $1,423,500 | $178,000 | | | $0 | $0 | | | $1,423,500 | $34,700 | | $0 | $0 |
| Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA ( 1 Afiliados) | | | | | $1,423,500 | $227,800 | | | $1,423,500 | $178,000 | | | $0 | $0 | | | $1,423,500 | $34,700 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 39096676 | HERRERA YANETH | 25-14 | 30 | $1,423,500 | $227,800 | EPS037 | 30 | $1,423,500 | $178,000 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $1,423,500 | $34,700 | 0 | $0 | $0 |
| Total Afiliados( 1) | | | | | | $1,423,500 | $227,800 | | | $1,423,500 | $178,000 | | | $0 | $0 | | | $1,423,500 | $34,700 | | $0 | $0 |

aportes en línea

# 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 3909667o | | HERRERA PION YANETH JUDITH | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CALLE 46 B CRA 65 -6 | SANTA MARTA-MAGDALENA | 6666666 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Días Mora | Valor |
| 2025-11 | 2025-11 | 2029071008 | 9495645387 | I | 2025/12/18 | 2025/12/22 | NEQUI | 4 | $441,700 |

## RESUMEN DE PAGO

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $227,800 | $600 | $0 | $228,400 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $227,800 | $600 | $0 | $228,400 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $34,700 | $100 | $0 | $34,800 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $34,700 | $100 | $0 | $34,800 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $178,000 | $500 | $0 | $178,500 |
| NUEVA E.P.S. | EPS037 | 900,156,264 | 2 | 1 | $178,000 | $500 | $0 | $178,500 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$440,500** | **$1,200** | **$0** | **$441,700** |