

**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:

2025-08-28

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: | CD20253205 | RP: | 3828 | CDP: | 1106 |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO: | 4.200.000,00 | VALOR DE HONORARIOS PERIODO: | 2.100.000,00 | | |
| FECHA DEL ACTA DE INICIO: | 2025-08-04 | FECHA DE FINALIZACION: | 2025-09-30 | | |
| 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 Agosto

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: | 2025-08-28 | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS: | YANETH JUDITH HERRERA PION | | |
| DOCUMENTO: | 39096676 | | |
| DIRECCIÓN: | PARQUE DE BOLIVAR ETP 3 TORRE 9 | TELÉFONO: | 3022386254 |
| CORREO ELECTRONICO: | YAJUD1377@HOTMAIL.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: | CD20253205 | | | | | | |
| 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: | 3828 | CDP: | 1106 | FECHA INICIO: | 2025-08-04 | FECHA FINAL: | 2025-09-30 |
| VALOR CONTRATO: | 4.200.000,00 | VALOR A PAGAR: | 2.100.000,00 | | | | |
| BANCO A CONSIGNAR: | Sudameris | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | No. CUENTA: | 0000000 | | |
| CDP - ADICION: | N/A | RP - ADICION: | N/A | VALOR ADICION: | 0,00 | | |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | Agosto | | | | | | |

FIRMA


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



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

YANETH JUDITH HERRERA PION

CON C.C N° 39096676

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. CD20253205 DE FECHA INICIO 4/8/2025

| 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 líder 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: | 9489762627 | OPERADOR: | APORTES EN LINEA |
|--------------------|--------------|---------------|------------------|
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | NUEVA EPS | 25/8/2025 | 178,000 |
| PENSIÓN: | COLPENSIONES | 25/8/2025 | 227,800 |
| RIESGOS LABORALES: | POSITIVA | 25/8/2025 | 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: 39096676



ACTA DE INICIO

CÓDIGO: GJC25F
VERSIÓN: 002
FECHA DE ÚLTIMA
REVISIÓN: 09/1/2025
PÁGINA 1 de 1

ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20253205 DEL 2025

| | |
|--------------------------|---|
| NO. DEL CONTRATO | CD20253205 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 | \$ 4.200.000 (CUATRO MILLONES DOSCIENTOS MIL) COP |
| FORMA DE PAGO | 2 pagos mensuales por valor \$ 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 SEPTIEMBRE 2025 |
| CDP | 1106 |
| REGISTRO PRESUPUESTAL | 3828 |
| 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 **CD20253205** 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 4 días, del mes de **AGOSTO** del año **2025**.

SUPERVISOR,

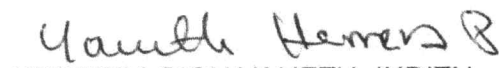
CONTRATISTA,



BEATRIZ HELENA CAAMAÑO LEON

39.013.365

Profesional Universitario del área
de la salud



HERRERA PION YANETH JUDITH

39096676

891780185-2

Camera 14 # 23-42, Los Alcázares

gerencia@hujmb.gov.co

@hujuliomendezb
www.hujmb.gov.co