

	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
KEIMIS YOJANA REYES MATTOS identificado con C.C. 1004350992**

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:	CD20261659	RP:	2106	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
-----------------------	-----	----------------------	-----	------------------------------------	------

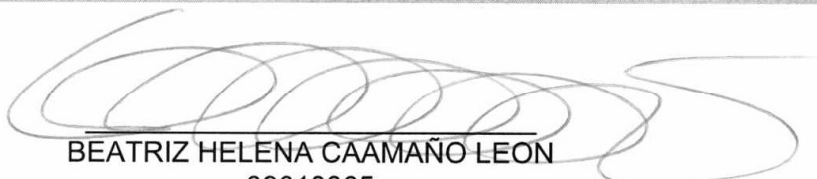
III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

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

KEIMIS YOJANA REYES MATTOS
1004350992
CLL14 CRA 5 TAGANGA
3225551108
KEIMISREYES200417@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	2026-03-30		
NOMBRES Y APELLIDOS:	KEIMIS YOJANA REYES MATTOS		
DOCUMENTO:	1004350992		
DIRECCIÓN:	CLL14 CRA 5 TAGANGA	TELÉFONO:	3225551108
CORREO ELECTRONICO:	KEIMISREYES200417@GMAIL.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:	CD20261659						
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:	2106	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:	488429370015		
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:				Marzo			

FIRMA

Keimis Reyes M.
KEIMIS YOJANA REYES MATTOS
C.C. 1004350992 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. CD20261659 DEL 2026

NO. DEL CONTRATO	CD20261659 DEL 2026
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	KEIMIS YOJANA REYES MATTOS
NO. DE IDENTIDAD	1004350992
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	2106
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 CD20261659 por otra parte KEIMIS YOJANA REYES MATTOS, 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

Keimis Reyes M.
KEIMIS YOJANA REYES MATTOS
1004350992

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
KEIMIS YOJANA REYES MATTOS

CON C.C N° 1004350992

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 No. CD20261659 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:	4644234572	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	
SALUD:	CAJACOPI	9/03/2026	\$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	9/03/2026	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	9/03/2026	\$ 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:

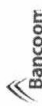
Keimis Reyes Mattos

N°. IDENTIFICACIÓN:

C.C. 1004350992



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA	
TIPO IDENTIFICACIÓN: CÓDIGO PLAN SOCIAL: CIUDADANÍA: TIPO APORTANTE: TIPO EMPRESA: IDENTIFICACIÓN: APORTANTE E EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SEHA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	1004359982 KEMIS YOLANA REYES MATTOS MAGDALENA LUNDEPENDIENTE Comercio al por mayor de computadores, equipo per	NÚMERO PLANILLA: PERÍODO COTIZACIÓN OTROS: DÍAS DE MORA: FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	TIPO DE PLANILLA: PERÍODO COTIZACIÓN SALUD: 2026 2026/03/09 NÚMERO AUTORIZACIÓN:
CEDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: DEPARTAMENTO: CALLE Y CON GRUPO 02-INDEPENDIENTE PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA: (UNICO	SANTA MARTA TELEFONO: CLASE APORTANTE: ACTIVIDAD ECONOMICA: (UNICO	MES 2026 2026/03/09	MES 2026 2026/03/09

TOTAL APORTES A PENSIÓN									
APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		MORA		MORA	
CÓDIGO	230301-PORVENIR	ADMINISTRADORA	NOMBRE	No. COTIZANTES	1	COTIZANTES	COTIZACIÓN	\$ 280.200	EMPLEADOR
SUBTOTAL:									

TOTAL APORTES A SALUD									
LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		MORA	
CÓDIGO	CCFCS5-CAJACOPPI EPS S.A.S	ADMINISTRADORA	NOMBRE	No. COTIZANTES	1	COTIZANTES	COTIZACIÓN	\$ 0	EMPLEADOR
SUBTOTAL:									

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES									
INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		MORA	
CÓDIGO	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	ADMINISTRADORA	NOMBRE	No. COTIZANTES	1	COTIZANTES	COTIZACIÓN	\$ 0	EMPLEADOR
SUBTOTAL:									

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES									
DATOS DEL COTIZANTE					NOVEDADES				
Nº IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	TIPO DE SALARIO	REFORMA TRIBUTARIA	EXTRAJERNO	COLOMBIANO	INNOVACIÓN	RETO
CC	REYES MATTOS YOLANA	INDEPENDIENTE	PRESTACIÓN DE SERVICIOS	\$ 1.750.905	NO				
					PENSIÓN				
					SEGURIDAD SOCIAL				
					SALUD				
					ARF				
					PARAFISCALES				
					TOTAL PAGADO:				