

**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
KIARA CECILIA CASTELLANO RIOS identificado con C.C. 1082925023

Fecha de Diligenciamiento: 2026-04-27

I. DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O)
PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL
UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.

Nº CONTRATO: CD20261560

RP: 2168

CDP: 437

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: 12.000.000,00

VALOR DE HONORARIOS PERIODO: 4.000.000,00

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 2026-03-19

FECHA DE FINALIZACIÓN: 2026-05-31

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

LIZETH PAOLA CARDENAS ZAMBRANO

UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA

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 Abril

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

LIZETH PAOLA CARDENAS ZAMBRANO

1082957906

UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA

KIARA CECILIA CASTELLANO RIOS
1082925023
KRA 4 # 122 A - 137 LA PAZ
3005956724
KIARACASTELLANORIOS@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	2026-04-27		
NOMBRES Y APELLIDOS:	KIARA CECILIA CASTELLANO RIOS		
DOCUMENTO:	1082925023		
DIRECCIÓN:	KRA 4 # 122 A - 137 LA PAZ	TELÉFONO:	3005956724
CORREO ELECTRONICO:	KIARACASTELLANORIOS@GMAIL.COM		
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que en la declaración de renta del año gravable 2025 no tomare costos y deducciones			

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° CONTRATO:	CD20261560						
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.						
RP:	2168	CDP:	437	FECHA INICIO:	2026-03-19	FECHA FINAL:	2026-05-31
VALOR CONTRATO:	12.000.000,00	VALOR A PAGAR:	4.000.000,00				
BANCO A CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	564937936		
CDP ADICION:	N/A	RP ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	Abril						

FIRMA

KIARA CASTELLANOS
KIARA CECILIA CASTELLANO RIOS
C.C. 1082925023 expedida en SANTA MARTA



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
KIARA CECILIA CASTELLANOS RIOS
CON C.C N° 1082925023

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA(O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. CD20261560 DE FECHA 19/03/2026

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	Planear, organizar, dirigir, realizar las gestiones necesarias para lograr el funcionamiento de los servicios de acuerdo a los planes y programas establecidos.
2	Realizar Rondas de Seguridad de Paciente diaria: Identificación de paciente, Venopunciones, Equipos Invasivos, segregación de residuos hospitalarios, orden y aseo de los servicios
3	Verificar la aplicación de listas de chequeo para el control en la prevención de infecciones y procesos básicos de Enfermería.
4	Velar por el cumplimiento de los protocolos, procesos y formatos de los diferentes servicios, ejemplo, el ingreso y salida de los auxiliares de enfermería.
5	Comprobar la realización de la asepsia en los diferentes servicios y que se encuentre bien organizado los sitios de trabajo
6	Vigilar y controlar el uso adecuado de los registros de enfermería (exponente clínico, censo, registros estadísticos, planes de asignación, rotación, etc.) y asegurar la actualización diaria de los registros en el tablero de camas reservadas.
7	Detectar la necesidad de material/equipo de los servicios y gestionar la adquisición.
8	Verificar que se cumpla con la notificación inmediata de los eventos adversos y/o incidentes que se presentan en la atención del paciente
9	Verificación de la preparación adecuada de los estudios y cirugía
10	Verificar el registro de las curaciones de las enfermeras asistenciales
11	Asistir a las reuniones y rondas médicas y de enfermería de su área para estar al tanto del proceso de atención y cuidado de los pacientes
12	Realizar la Notificación de daños y realizar ronda conjuntamente con el área de mantenimiento
13	Informar por escrito, diariamente a coordinación los inconvenientes presentados en cada servicio
14	Proporcionar atención de enfermería a pacientes hospitalizados según las necesidades físicas, fisiológicas, psicológicas y sociales según lo establecido en el plan de atención de enfermería
15	Apoyar en el Manejo y control de material y equipo en la atención del paciente.
16	Diligenciar y entregar historias clínicas a facturación de paciente que tengan egresos en el orden establecidos
17	Cumplir con el diligenciamiento de los RIPS, formatos, Instrumentos de control, seguimiento, evaluación, de la E.S.E.
18	Verificar el correcto diligenciamiento del formato de SIVIGILA
19	Actualizar Kardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo a los cambios efectuados por médico tratante en la evolución y ordenes médicas, en los diferentes turnos (corrido, noche) etc.
20	Administración de medicamentos de acuerdo al protocolo institucional.
21	Supervisar y cumplir con la correcta segregación de los elementos de protección personal y manejo de ropa sucia
22	Debe realizar un informe detallado sobre las actividades realizadas y el cumplimiento de las mismas, según la secuencia establecida por la Unidad Funcional de Enfermería
23	Apoyar en la supervisión e inspección oportuna al carro de paro, equipos biomédicos con los que cuenta el servicio, hacer las respectivas anotaciones a que hallan lugar sea diaria y quincenal
24	Gestionar la información, y/o documentos físicos, órdenes de procedimientos que se genere en el servicio de acuerdo a la necesidad del paciente y normatividad.
25	Garantizar que la prestación de servicio objeto del contrato cumpla estrictamente con las características y referencias descritas en el presente documento, las cuales se deben ajustar a las normas de calidad de la E.S.E. Hospital Universitario Julio Menéndez Barreneche. Adicionalmente la atención de los servicios asistenciales debe cumplir con las normas de calidad e identidad de la E.S.E. Hospital Universitario Julio Menéndez Barreneche.
26	Cumplir con lo establecido en la resolución 3280 de 2018, de manera que se garantice la efectiva y oportuna atención definida en la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal, Plan de Aceleración para la
27	Capacitar al personal asistencial (enfermeras) sobre colocación de implante sub dérmico y aplicación de métodos de anticoncepción.

III. INFORMACION DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	464222631	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	1/04/2026	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	1/04/2026	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	1/04/2026	\$ 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

(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: KIARA CASTELLANOS RIOS.

Nº. IDENTIFICACIÓN: 1082925023



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1082925023	NÚMERO PLANILLA:	4842222631	TIPO DE PLANILLA:	INDEPENDIENTES
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	SANTA MARTA	DIRECCIÓN:	CRA 4 121-4137 VISTA HERMOSA	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	2028	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	2028
Ciudad/Municipio:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA	DÍAS DE MORA:	0	MES:	marzo AÑO
DIRECCIÓN:	CRA 4 121-4137 VISTA HERMOSA	TELÉFONO:	3333333	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2028/04/01	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9996281574
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	PRIVADA				
TIPO EMPRESA:	UNICO	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act				
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO						
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO						

		TOTAL APORTES A PENSION		APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTAL	
		EMPLEADOR		COTIZANTE		SUSISTENCIA		COTIZACIÓN		VALOR PAGADO	
CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SUSISTENCIA	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	VALOR PAGADO	
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 280.200			\$ 0	\$ 0	\$ 280.200	\$ 0	\$ 280.200	
SUBTOTAL:								\$ 280.200	\$ 0	\$ 280.200	

		TOTAL APORTES A SALUD		INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTAL	
		VALOR		VALOR		VALOR		PLANILLA		COTIZACIÓN		VALOR ADRES		DESCUENTO	
CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1	\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 218.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900	\$ 218.900
SUBTOTAL:								\$ 218.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900	\$ 218.900

		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES		INCAPACIDAD RP		PAGO A OTROS RIESGOS		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTAL	
		VALOR		VALOR		VALOR		PLANILLA		COTIZACIÓN		VALOR ADRES		DESCUENTO	
CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	VALOR PAGADO
14-73	14-73-POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A	1	\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 42.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 42.700	\$ 42.700
SUBTOTAL:								\$ 42.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 42.700	\$ 42.700

		LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES		SEGURIDAD SOCIAL		CENTRO DE TRABAJO		TOTAL APORTES		TOTAL APORTES		TOTAL APORTES		TOTAL APORTES	
		PENSION		VOLUNTARIOS		INDICADOR TAREA ESPECIAL		ADMIN		ADMIN		ADMIN		ADMIN	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COSEGURO	ADMIN	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTES	ADMIN	IBC	TOTAL APORTES
CC	1082925023	CASTELLAN DE ROSA CECILIA	INDEPENDIENTE	CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	\$ 1.750.900	NO	NO	230301-PORVENIR	1.750.900	\$ 280.200	\$ 218.900	\$ 499.100	230301-FAMISANAR	1.750.900	\$ 499.100

TOTAL PAGADO: \$ 541.800