| E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ 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 BRESLY KATERIN BARROS MELO identificado con C.C. 1081790548**

| Fecha de Diligenciamiento: | 2025-11-27 |
|---|---|

## 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. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| N° CONTRATO: | CD20254361 | RP: | 6302 | CDP: | 2241 |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO: | 3.100.000,00 | VALOR DE HONORARIOS PERIODO: | | | 3.100.000,00 |
| FECHA DEL ACTA DE INICIO: | 2025-11-05 | FECHA DE FINALIZACION: | | | 2025-11-30 |
| 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 |

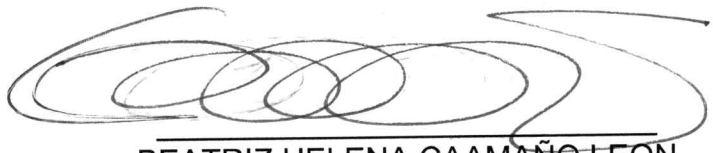
## III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

## 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 Noviembre

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



BEATRIZ HELENA CAAMAÑO LEON
39013365
UNIDAD FUNCIONAL DE PSIQUIATRÍA Y REHABILITACIÓN

**BRESLY KATERIN BARROS MELO**
**1081790548**
**SECTOR 2 CASA 84 VILLA BETEL**
**60543646262**
**BRESLY05BARROS@GMAIL.COM**

# CUENTA DE COBRO

## DATOS PERSONALES

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Diligenciamiento:** | **2025-11-27** | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS: | BRESLY KATERIN BARROS MELO | | |
| DOCUMENTO: | 1081790548 | | |
| DIRECCIÓN: | SECTOR 2 CASA 84 VILLA BETEL | TELÉFONO: | 60543646262 |
| CORREO ELECTRONICO: | BRESLY05BARROS@GMAIL.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: | CD20254361 | | | | | | |
| 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: | 6302 | CDP: | 2241 | FECHA INICIO: | 2025-11-05 | FECHA FINAL: | 2025-11-30 |
| VALOR CONTRATO: | 3.100.000,00 | | | VALOR A PAGAR: | 3.100.000,00 | | |
| BANCO A CONSIGNAR: | DAVIVIENDA | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | No. CUENTA: | 055011620012865 |
| CDP - ADICION: | N/A | RP - ADICION: | N/A | VALOR ADICION: | 0,00 | | |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **Noviembre** | | | | | | |

## FIRMA

Bresly Barros Melo

BRESLY KATERIN BARROS MELO
C.C. 1081790548 expedida en FUNDACION MAGDALENA

| | | |
|---|---|---|
| E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | **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**

**BRESLY KATERIN BARROS MELO**

**CON C.C Nº 1.081.790.548**

**I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | **PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA(O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE** | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES** No. | **CD20254361** | **DE FECHA INICIO** | **05/11/202** |

| ITEM | 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: Identifi cación 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 (expediente 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 presenten en la atención del paciente. |
| 9 | Verificación de la preparación adecuada de los estudios y cirugía. |
| 10 | Verifi ar 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 Notifi cación 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, fi siológicas, psicológicas y sociales según los 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 | Verifi car 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 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. |
| | |
| | |
| | |
| | |

**III. INFORMACION DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | 9493757875 | **OPERADOR:** | APORTES EN LINEA |
| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
| **SALUD:** | **COOSALUD** | 20/11/2025 | **178,000** |
| **PENSIÓN:** | **PORVENIR** | 20/11/2025 | **228,400** |
| **RIESGOS LABORALES:** | **POSITIVA** | 20/112025 | **34,700** |

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.

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

| | |
|---|---|
| | Bresly Barros Melo |
| **Nº. IDENTIFICACIÓN:** | **C.C. 1.081.790.548** |

en línea

# Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1081790548 | | BARROS MELO BRESLY KATERIN | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CALLE29K#12-18 SANTA ANA | SANTA MARTA-MAGDALENA | 5555555 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-10 | 2025-10 | 1000000969 | 9493757875 | I | 2025/11/13 | 2025/11/20 | BANCO DE BOGOTA | 7 | $442,600 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombre | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| 1 | CC | 1081790548 | BARROS BRESLY | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 30 | $1,423,500 | $227,800 | EPS042 | 30 | $1,423,500 | $178,000 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $1,423,500 | $34,700 | 0 | $0 | $0 | No | $440,500 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,423,500 | $227,800 | | | $1,423,500 | $178,000 | | | $0 | $0 | | | $1,423,500 | $34,700 | | $0 | $0 | | $440,500 |

# Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1081790548 | | BARROS MELO BRESLY KATERIN | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CALLE29K#12-18 SANTA ANA | SANTA MARTA-MAGDALENA | 5555555 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-10 | 2025-10 | 1000000969 | 9493757875 | I | 2025/11/13 | 2025/11/20 | BANCO DE BOGOTA | 7 | $442,600 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $227,800 | $1,100 | $0 | $228,900 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $227,800 | $1,100 | $0 | $228,900 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $34,700 | $200 | $0 | $34,900 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $34,700 | $200 | $0 | $34,900 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $178,000 | $800 | $0 | $178,800 |
| COOSALUD EPS | EPS042 | 900,226,715 | 3 | 1 | $178,000 | $800 | $0 | $178,800 |
| TOTAL | | | | 1 | $440,500 | $2,100 | $0 | $442,600 |

| | | |
|---|---|---|
| E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA | **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. CD20254361 DEL 2025

| | |
|---|---|
| NO. DEL CONTRATO | CD20254361 DEL 2025 |
| NOMBRE DEL CONTRATANTE | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA | BARROS MELO BRESLY KATERIN |
| NO. DE IDENTIDAD | 1081790548 |
| OBJETO DEL CONTRATO | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE. |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO | $ 3.100.000 TRES MILLONES CIEN MIL PESOS M/CTE |
| FORMA DE PAGO | 1 pagos mensuales por valor de $ 3.100.000 |
| 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 NOVIEMBRE 2025 |
| CDP | 2241 |
| REGISTRO PRESUPUESTAL | 6302 |
| 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 **CD20254361** por otra parte **BARROS MELO BRESLY KATERIN** , 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 **5** días, del mes de NOVIEMBRE del año **2025.**

SUPERVISOR,

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

CONTRATISTA,

BARROS MELO BRESLY KATERIN
1081790548

Proyectó: Yesid Camacho M
Apoyo Administrativo

COPIA CONTROLADA

| | | |
|---|---|---|
| E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA | **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. CD20254361 DEL 2025**

| | |
|---|---|
| **NO. DEL CONTRATO** | CD20254361 DE 2025 |
| **NOMBRE DEL CONTRATANTE** | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | BARROS MELO BRESLY KATERIN |
| **NO. DE IDENTIDAD** | 1081790548 |
| **OBJETO DEL CONTRATO** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE. |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO** | ´$ 3.100.000 (TRES MILLONES CIEN MIL PESOS M/CTE) |
| **FORMA DE PAGO** | El HUJMB cancelará al CONTRATISTA en (1) pagos por valor de ´$ 3.100.000 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 30 de NOVIEMBRE 2025 |
| **CDP** | 2241 |
| **REGISTRO PRESUPUESTAL** | 6302 |
| **FECHA DE ACTA DE INICIO** | 11/5/2025 |
| **FECHA DE TERMINACION CONTRATO** | 30 DE NOVIEMBRE 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 **CD20254361** DEL 2025 por otra parte **BARROS MELO BRESLY KATERIN** identificado con la cedula de ciudadanía No. **1081790548** 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 NOVIEMBRE del año 2025

SUPERVISOR,

BEATRIZ HELENA CAAMAÑO LEON
CC 8.742.789

CONTRATISTA,

Bresly Barros M.

BARROS MELO BRESLY KATERIN
1081790548

Proyectó: Yesid Camacho M
Apoyo Administrativo

COPIA CONTROLADA