| | | | |
|---|---|---|---|
| HJMB E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | **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 STEFANI CAROLINA AGUIRRE CANTILLO Identificado con C.C. 1235338701**

| | |
|---|---|
| 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. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| N° CONTRATO: | CD20261386 | RP: | 2075 | CDP: | 437 |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO: | 11.100.000,00 | VALOR DE HONORARIOS PERIODO: | 3.700.000,00 | | |
| FECHA DEL ACTA DE INICIO: | 2026-03-19 | FECHA DE FINALIZACION: | 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



Powered by CamScanner

**STEFANI CAROLINA AGUIRRE CANTILLO**
**1235338701**
**CRR18# 25 - 33 SANTA HELENA**
**0**
**STEFANICAROLINAGUIRRE@GMAIL.COM**

# CUENTA DE COBRO

## DATOS PERSONALES

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Diligenciamiento:** | **2026-04-27** | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS: | STEFANI CAROLINA AGUIRRE CANTILLO | | |
| DOCUMENTO: | 1235338701 | | |
| DIRECCIÓN: | CRR18# 25 - 33 SANTA HELENA | TELÉFONO: | 0 |
| CORREO ELECTRONICO: | STEFANICAROLINAGUIRRE@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: | CD20261386 | | | | | | |
| 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: | 2075 | CDP: | 437 | FECHA INICIO: | 2026-03-19 | FECHA FINAL: | 2026-05-31 |
| VALOR CONTRATO: | 11.100.000,00 | | | VALOR A PAGAR: | 3.700.000,00 | | |
| BANCO A CONSIGNAR: | BANCO DE BOGOTA | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | No. CUENTA: | 564847788 |
| CDP - ADICION: | N/A | RP - ADICION: | N/A | VALOR ADICION: | 0,00 | | |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **Abril** | | | | | | |

## FIRMA

STEFANI CAROLINA AGUIRRE CANTILLO
C.C. 1235338701 expedida en VALLEDUPAR

Powered by CamScanner

| | | |
|---|---|---|
| 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** | | | |
| **STEFANI CAROLINA AGUIRRE CANTILLO** | | | |
| **CON C.C Nº 1235338701** | | | |
| **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.** | **CD20261386** | **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 | Planear, organizar, dirigir, realizar las gestiones necesarias para lograr elfuncionamiento de los servicios de acuerdo a los planes y programasestablecidos. |
| 2 | Realizar Rondas de Seguridad de Paciente diaria: Identificación depaciente, Venopunciones, Equipos invasivos, segregación de residuoshospitalarios, orden y aseo de los servicios |
| 3 | Verificar la aplicación de listas de chequeo para el control en laprevención de infecciones y procesos básicos de Enfermería. |
| 4 | Velar por el cumplimiento de los protocolos, procesos y formatos de losdiferentes servicios, ejemplo, el ingreso y salida de los auxiliares deenfermería. |
| 5 | Comprobar la realización de la asepsia en los diferentes servicios y quese 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 laadquisición. |
| 8 | Verificar que se cumpla con la notificación inmediata de los eventosadversos y/o incidentes que se presenten 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 elárea de mantenimiento. |
| 13 | Informar por escrito, diariamente a coordinación los inconvenientespresentados en cada servicio. |
| 14 | Proporcionar atención de enfermería a pacientes hospitalizados segúnlas necesidades físicas, fisiológicas, psicológicas y sociales según losestablecido en el plan de atención de enfermería |
| 15 | Apoyar en el Manejo y control de material y equipo en la atención delpaciente. |
| 16 | Diligenciar y entregar historias clínicas a facturación de paciente quetengan egresos en el orden establecidos. |
| 17 | Cumplir con el diligenciamiento de los RIPS, formatos, instrumentos decontrol, 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, enlos diferentes turnos (comido, noche) etc. |
| 20 | Administración de medicamentos de acuerdo al protocolo institucional. |
| 21 | Supervisar y cumplir con la correcta segregación de los elementos deprotección 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 UnidadFuncional de Enfermería. |
| 23 | Apoyar en la supervisión e inspección oportuna al carro de paro, equipos biomédicos con los que cuenta el servicio, hacer las respectivasanotaciones a que hallan lugar sea diaria y quincenal |
| 24 | Gestionar la información, y/o documentos físicos, órdenes deprocedimientos que se genere en el servicio de acuerdo a la necesidad delpaciente 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 deconformidad 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. |
| 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 Reducción de la Mortalidad Materna y Estrategia Hospital Padrino, según su competencia. |
| 27 | Capacitar al personal asistencial (enfermeras) sobre colocación delimplante sub dérmico y aplicación de métodos de anticoncepción. |

Powered by CamScanner

| III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | **9501597800** | **OPERADOR:** | APORTES EN LINEA |
| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
| **SALUD:** | COOSALUD | 6/04/2026 | 218.900 |
| **PENSIÓN:** | PORVENIR | 6/04/2026 | 280.200 |
| **RIESGOS LABORALES:** | POSITIVA | 6/04/2026 | 42.700 |

| IV.DECLARACIONES DEL CONTRATISTA |
|---|
| 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro. |

| V. ANEXOS |
|---|
| Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente |

| | |
|---|---|
| **FIRMA DEL CONTRATISTA:** | Stephan AC |
| **N°. IDENTIFICACIÓN:** | **1.235.338.701** |

Powered by CamScanner

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 1235338701 | | AGUIRRE CANTILLO STEFANI CAROLINA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CONJUNTO CONTRY 39 | SANTA MARTA-MAGDALENA | 1111111 | NO |

**DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION**

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-03 | 2026-03 | 200391247 | 9501597800 | I | 2026/04/06 | 2026/04/06 | BANCO DE BOGOTA | 0 | $552,400 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Dias | IBC | Aporte |
| Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados) | | | | | $1,750,905 | $280,200 | | | $1,750,905 | $218,900 | | | $1,750,905 | $10,600 | | | $1,750,905 | $42,700 | | $0 | $0 |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados) | | | | | $1,750,905 | $280,200 | | | $1,750,905 | $218,900 | | | $1,750,905 | $10,600 | | | $1,750,905 | $42,700 | | $0 | $0 |
| Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA ( 1 Afiliados) | | | | | $1,750,905 | $280,200 | | | $1,750,905 | $218,900 | | | $1,750,905 | $10,600 | | | $1,750,905 | $42,700 | | $0 | $0 |
| 1 | CC 1235338701 | AGUIRRE STEFANI | 230301 | 30 | $1,750,905 | $280,200 | EPS042 | 30 | $1,750,905 | $218,900 | CCF33 | 30 | $1,750,905 | $10,600 | 14-23 | 30 | $1,750,905 | $42,700 | 30 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | $1,750,905 | $280,200 | | | $1,750,905 | $218,900 | | | $1,750,905 | $10,600 | | | $1,750,905 | $42,700 | | $0 | $0 |

Powered by CamScanner

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 1235338701 | | AGUIRRE CANTILLO STEFANI CAROLINA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CONJUNTO CONTRY 39 | SANTA MARTA-MAGDALENA | 1111111 | No |

**DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION**

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-03 | 2026-03 | 200091247 | 9501597800 | I | 2026/04/06 | 2026/04/06 | BANCO DE BOGOTA | 0 | $552,400 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $280,200 | $0 | $0 | $280,200 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $280,200 | $0 | $0 | $280,200 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $42,700 | $0 | $0 | $42,700 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $42,700 | $0 | $0 | $42,700 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $10,600 | $0 | $0 | $10,600 |
| CAJAMAG | CCF33 | 891,780,093 | 3 | 1 | $10,600 | $0 | $0 | $10,600 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | - | | | 1 | $218,900 | $0 | $0 | $218,900 |
| COOSALUD EPS | EPS042 | 900,226,715 | 3 | 1 | $218,900 | $0 | $0 | $218,900 |
| TOTAL | | | | 1 | $552,400 | $0 | $0 | $552,400 |

Powered by CamScanner