



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  
YAMIRIS YANETH RICO FREILE identificado con C.C. 36669904

Fecha de Diligenciamiento: 2026-01-29

I. DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO BACTERIÓLOGO PARA REALIZAR ACTIVIDADES EN LA UNIDAD TRASFUNCIONAL DEL AREA DE CONSULTA EXTERNA DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

N° CONTRATO:	CD20260530	RP:	394	CDP:	2
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	8.000.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	4.000.000,00		
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2026-01-13	FECHA DE FINALIZACION:	2026-02-28		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIZETH PAOLA CARDENAS ZAMBRANO				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SUBGERENCIA CIENTIFICA				

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 que 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 Enero

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

LIZETH PAOLA CARDENAS ZAMBRANO  
1082957906  
SUBGERENCIA CIENTIFICA

YAMIRIS YANETH RICO FREILE  
36669904  
CIUDAD DEL SOL ETAPA 3 MANZANA C CASA 19  
3127157239  
YAMIRISRICO.FREILE@OUTLOOK.ES

## CUENTA DE COBRO

### DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	2026-01-29		
NOMBRES Y APELLIDOS:	YAMIRIS YANETH RICO FREILE		
DOCUMENTO:	36669904		
DIRECCIÓN:	CIUDAD DEL SOL ETAPA 3 MANZANA C	TELÉFONO:	3127157239
CORREO ELECTRONICO:	YAMIRISRICO.FREILE@OUTLOOK.ES		

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:	CD20260530						
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO BACTERIÓLOGO PARA REALIZAR ACTIVIDADES EN LA UNIDAD TRASFUNCIONAL DEL AREA DE CONSULTA EXTERNA DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.						
RP:	394	GDP:	2	FECHA INICIO:	2026-01-13	FECHA FINAL:	2026-02-28
VALOR CONTRATO:	8.000.000,00		VALOR A PAGAR:	4.000.000,00			
BANCO A CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA		TIPO DE CUENTA:	Ahorros		No. CUENTA:	91602695374
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	Enero						

### FIRMA

  
YAMIRIS YANETH RICO FREILE  
C.C. 36669904 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. CD20260530 DE 2026

NO. DEL CONTRATO	CD20260530
NOMBRE DEL CONTRATANTE	HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	YAMIRIS YANETH RICO FREILE
NO. DE IDENTIDAD	36669904
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO BACTERIÓLOGO PARA REALIZAR ACTIVIDADES EN LA UNIDAD TRASFUNCIONAL DEL AREA DE CONSULTA EXTERNA DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$8000000
FORMA DE PAGO	El HUJMB cancelará al CONTRATISTA en 2 pago(s) equivalentes a (\$4000000) C/U, de conformidad con el informe de la ejecución 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 el 2/28/2026
CDP	2
RP	394
SUPERVISOR DEL CONTRATO	SUBGERENCIA CIENTÍFICA

Entre los suscritos, a saber, por una parte, **LIZETH PAOLA GARDENAS ZAMBRANO**, mayor de edad, identificado(a) con la Cédula de Ciudadanía N° 1082957906, obrando en calidad de **SUBGERENTE CIENTÍFICA**, quien actúa como **SUPERVISOR** del Contrato No. CD20260530 de 2026; y, por otra parte, **YAMIRIS YANETH RICO FREILE**, mayor de edad, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía N° 36669904, 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 de lo anterior, se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta el 1/13/2026

SUPERVISOR

  
**LIZETH PAOLA GARDENAS ZAMBRANO**  
SUBGERENTE CIENTÍFICA

CONTRATISTA

  
**YAMIRIS YANETH RICO FREILE**

Proyectó: Silena Sandoval López  
Abogado Contratista – Subg. Científica



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

YAMIRIS YANETH-RICO FREILE

CON C.C N° 36669904

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO BACTERIOLOGO PARA REALIZAR ACTIVIDADES EN LA UNIDAD TRANSFUSIONAL DEL AREA DE CONSULTA EXTERNA DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. CD20260530 DE FECHA INICIO 13/1/2026

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	Realice los controles internos y externos de la unidad transfusional.
2	Revise los hemocomponentes en stock y en reservas para que no se venzan.
3	Realice pruebas cruzadas y transfusiones de hemocomponentes sanguíneos.
4	Diligencie el formato IH del sihevi.
5	Realice pedidos de Hemocomponentes sanguíneos a los bancos proveedores los fines de semana y horario nocturno.
6	Diligencie los diferentes formatos y etiquetas que hacen parte de la trazabilidad del componente.
7	Realice el chequeo de cada unidad que llega del banco proveedor para confirmar su grupo sanguíneo.
8	Registre las temperaturas en las diferentes áreas.
9	Utilice adecuadamente los elementos de protección personal.
10	Registre en sistema de compromet el retorno de las bolsas vacías.

III. INFORMACION DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9496742316	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO:	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	21/1/2026	178.000
PENSIÓN:	COLFONDOS	21/1/2026	227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	21/1/2026	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: *Yamiris Yaneth-Rico Freile*   
N° IDENTIFICACIÓN: 36669904

<b>DATOS GENERALES DEL APORTANTE</b>	
Identificación	dv
Razon Social	Clase Aportante
Exonerado SENA e ICBF	Exonerado SENA e ICBF
Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
Ciudad-Departamento	Exonerado SENA e ICBF
Dirección	Exonerado SENA e ICBF
Sucursal Principal	Exonerado SENA e ICBF
PRINCIPAL	Exonerado SENA e ICBF
villa marbella mz e csa 97	Exonerado SENA e ICBF
SANTA MARTA-MAGDALENA	Exonerado SENA e ICBF
5555555	Exonerado SENA e ICBF
No	Exonerado SENA e ICBF

<b>DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION</b>	
Periodo	Clave
Planilla	Planilla
Pago	Planilla
2025-12	9496742316
Limite	Pago
2026/01/05	2026/01/21
Banco	Valor
NEQUI	\$473,800
Dias Mora	
16	

No	Identificación	Nombre	NOVEDADES			PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES			Total Aportes	
			Invalidez	Retiro	Excepción	IBC	Aporte	Codig Dias	IBC	Aporte	Codig Dias	IBC	Aporte	Tarifa	IBC	Aporte	Dias	Exonerado SENA e ICBF				
<b>SUGURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)</b>																						
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)</b>																						
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)																						
1	CC 36669904	RICO YAMIRIS																				
<b>Total Afiliados( 1)</b>																						

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$2,300	\$0	\$230,100
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	\$227,800	\$2,300	\$0	\$230,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$400	\$0	\$35,100
POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$34,700	\$400	\$0	\$35,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$28,500	\$300	\$0	\$28,800
CAJAMAG	CGCF33	891,780,093	3	1	\$28,500	\$300	\$0	\$28,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$1,800	\$0	\$179,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$178,000	\$1,800	\$0	\$179,800
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$469,000</b>	<b>\$4,800</b>	<b>\$0</b>	<b>\$473,800</b>