

**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
PAULINA ESTHER LOAIZA CERVANTES identificado con C.C. 36719287

Fecha de Diligenciamiento: 2026-04-27

I. DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO**OBJETO DEL CONTRATO**

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

N° CONTRATO: CD20261427

RP: 2155

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

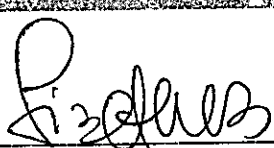
VALOR CONTRATO CON ADICION: 0,00

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

PAULINA ESTHER LOAIZA CERVANTES
36719287
CALLE 9 21E-22- BARRIO ALFONSO LOPEZ
3043822204
PAULINA.LOAIZACE@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

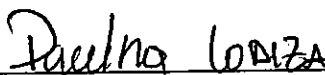
DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	2026-04-27		
NOMBRES Y APELLIDOS:	PAULINA ESTHER LOAIZA CERVANTES		
DOCUMENTO:	36719287		
DIRECCIÓN:	CALLE 9 21E-22- BARRIO ALFONSO LO	TELÉFONO:	3043822204
CORREO ELECTRONICO:	PAULINA.LOAIZACE@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

Nº CONTRATO:	CD20261427						
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:	2155	GDP:	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:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	564922722		
GDP ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	Abril						

FIRMA


PAULINA ESTHER LOAIZA CERVANTES
C.C. 36719287 expedida en SANTA MARTA

		FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO		CODIGO: GUC20F VERSION: 003 FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 22/08/2024 PAGINA 1 de 1
CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y PAULINA ESTHER LOAYZA CERVANTES CON C.C.N. 36.719.287				
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS				
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (C) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.		
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		CD20261427	DE FECHA INICIO	19/03/2026
ITEM	ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas del objeto del contrato)			
1	Planee, organice, dirija, realice las gestiones necesarias para lograr el funcionamiento de los servicios de acuerdo a los planes y programas establecidos.			
2	Realice Rondas de Seguridad de Paciente: identificación de paciente, Venopunciones, Equipos invasivos, segregación de residuos hospitalarios, orden y aseo de los servicios.			
3	Verifique la aplicación de listas de chequeo para el control en la prevención de infecciones y procesos básicos de Enfermería.			
4	Valde por el cumplimiento de los protocolos, procesos y formatos de los diferentes servicios.			
5	Compruebe la realización de la asepsia en los diferentes servicios y que se encuentre bien organizado los sitios de trabajo.			
6	Vigile y controle el uso adecuado de los registros de enfermería (expediente clínico; censo; registros estadísticos, planes de asignación, rotación, etc.) y asegure la actualización.			
7	Detecte la necesidad de material/equipo de los servicios y gestionar la adquisición.			
8	Verifique que se cumpla con la notificación inmediata de los eventos adversos y/o incidentes que se presenten en la atención del paciente.			
9	Verifique la preparación adecuada de los estudios y cirugía.			
10	Verifique el registro de las curaciones de las enfermeras asistenciales.			
11	Asista a las reuniones y rondas médicas y de enfermería de mi área.			
12	Notifique de daño a mantenimiento, realizar ronda conjuntamente con mantenimiento.			
13	Informe por escrito, diariamente a coordinación los inconvenientes presentados en cada servicio.			
14	Proporcione atención de enfermería a pacientes hospitalizados según sus necesidades físicas, fisiológicas, psicológicas y sociales, conforme a lo establecido en el plan de atención.			
15	Apoie en el manejo y control de material y equipo durante la atención al paciente.			
16	Diligencie y entregue historias clínicas a facturación de paciente que tengan egresos en el orden establecidos.			
17	Cumpla con el diligenciamiento de los RIPS, formatos, instrumentos de control, seguimiento y evaluación de la E.S.E.			
18	Verifique el correcto diligenciamiento del formato de SIVIGILA.			
19	Actualice el Kardex y las tarjetas de medicamentos de acuerdo a los cambios efectuados por el médico tratante en la evolución y órdenes médicas, durante los diferentes turnos.			
20	Administre medicamentos conforme al protocolo institucional.			
21	Supervise y cumpla con la correcta segregación de los elementos de protección personal y el manejo adecuado de la ropa sucia.			
22	Elabore un informe detallado sobre las actividades realizadas y el cumplimiento de las mismas, según la secuencia establecida por la Unidad Funcional de Enfermería.			
23	Apoie en la supervisión e inspección oportuna del carro de paro y de los equipos biomédicos disponibles en el servicio, realizando las respectivas anotaciones diarias y			
24	Gestione la información y/o los documentos físicos, así como las órdenes de procedimientos generadas en el servicio, de acuerdo a las necesidades del paciente y la normatividad.			
25	Garantice que la prestación del servicio objeto del contrato cumpliera estrictamente con las características y referencias descritas en el documento contractual, ajustándose a las			
26	Cumpli con lo establecido en la Resolución 3280 de 2018, garantizando una atención efectiva y oportuna según lo definido en la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal, el			
27	Capacite al personal asistencial (enfermeras) en la colocación de implantes subdérmicos y en la aplicación de métodos de anticoncepción.			
II. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	4648315909	OPERADOR:	SOI	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	SANITAS	22/04/2026	\$219.400	
PENSIÓN:	COLPENSIONES	22/04/2026	\$280.800	
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	22/04/2026	\$42.800	
III. 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 el señalado contrato.				
IV. 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:				
Nº. IDENTIFICACIÓN:	C.C. 36.719.287			

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN: NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: CIUDAD/MUNICIPIO: DIRECCIÓN: TIPO EMPRESA: FORMA DE PRESENTACIÓN: APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		CEDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: SANTA MARTA DEPARTAMENTO: ALÍ 9 9 21 E 22 TELÉFONO: 02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE: PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA: ÚNICO Comercio al por mayor de computadores, equipo per		NÚMERO PLANILLA: PERÍODO COTIZACIÓN OTROS: DÍAS DE MORA: FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		MES marzo AÑO 2026 D 2026/04/22 TIPO DE PLANILLA: PERÍODO COTIZACIÓN SALUD: MES marzo AÑO 2026 INDEPENDIENTES NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9999541239	

CÓDIGO		ADMINISTRADORA	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	TOTALES	VALOR PAGADO
25-14	25-14	COLPENSIONES		1	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 280.200
SUB-TOTALES:															

CÓDIGO		ADMINISTRADORA	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD	LICENCIA MATERNIDAD	SALDO A FAVOR	LIQUIDACIÓN	MORA	TOTALES	VALOR PAGADO
EP8005	EP8005	SANITAS S.A.		1							
SUB-TOTALES:											

CÓDIGO		ADMINISTRADORA	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD	LICENCIA MATERNIDAD	SALDO A FAVOR	LIQUIDACIÓN	MORA	TOTALES	VALOR PAGADO
14-23	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.									
SUB-TOTALES:											

CÓDIGO		ADMINISTRADORA	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD	LICENCIA MATERNIDAD	SALDO A FAVOR	LIQUIDACIÓN	MORA	TOTALES	VALOR PAGADO
14-23	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.									
SUB-TOTALES:											

TOTAL PAGADO: \$ 541.800