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 JULIETH PAOLA FONTALVO MONTERO identificado con C.C. 1082962833

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:	CD20261418	RP:	2252	CDP:	437

VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	11.100.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	3.700.000,00

FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2026-03-20	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

Scanned with CamScanner

JULIETH PAOLA FONTALVO MONTERO
1082962833
MANZANA 5 CASA 4 B/ MINUTO DE DIOS
3217561650
JULIPFONTALVO@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2026-04-27**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	JULIETH PAOLA FONTALVO MONTERO		
DOCUMENTO:	1082962833		
DIRECCIÓN:	MANZANA 5 CASA 4 B/ MINUTO DE DIO	TELÉFONO:	3217561650
CORREO ELECTRONICO:	JULIPFONTALVO@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:	CD20261418						
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:	2252	CDP:	437	FECHA INICIO:	2026-03-20	FECHA FINAL:	2026-05-31
VALOR CONTRATO:	11.100.000,00			VALOR A PAGAR:	3.700.000,00		
BANCO A CONSIGNAR:	Bbva			TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	68902644
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Abril**						

FIRMA

Julieth Fontalvo M.

JULIETH PAOLA FONTALVO MONTERO
C.C. 1082962833 expedida en SANTA MARTA

Scanned with CamScanner

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA	**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO**	CODIGO:GJC23F VERSION: 003 FECHADE ULTIMAREVISION: 22/08/2024 PAGINA 1 de 1

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y

JULIETH PAOLA FONTALVO MONTERO

CON C.C Nº **1.082.962.833**

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.**

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20261418**	**DE FECHA INICIO**	**20/03/2026**

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 específicas del objeto del contrato)II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO
1	Planear,organizar,dirigir,realizarlas gestiones necesarias para lograr el funcionamiento de los servicios de acuerdo a los planes y programas establecidos
2	Realizarrondas de seguridad de paciente diaria:Identificacion de paciente,Venopunciones,Equipos invasivos,segregacion de residuos hospitalarios,orden y aseo de los s
3	Verificarla aplicacion de las listas de chequeo para el control en la prevencion de infeciones y procesos basicos de enfermeria
4	Velarpor el cumplimiento de loa protocologos,procesos y formatos de los diferentes servicios, ejemplo, el ingreso y salida de los auxiliares de enfermeria
5	Comprobarla realizacion de la asepsia en los diferentes servicios y que se encuentre bien organizado los sitios de trabajo
6	Vigilary controlar el uso adecuado de los registros de enfermeria(expediente clinico,censo,registros estadisticos,planes de asignacion rotacion,etc), y asegurar la actualiz
7	Detectar la necesidad de material/equipo de los servicios y gestionar la adquisicion.
8	Verificar que se cumpla con la notoficacion inmediata de los eventos adversos y/o incidentes que se presenten en la atencion de pacientes
9	Verificacion de la preparacion adecuada de los estudios y cirugia.
10	Verificar el registro de las curaciones de las enfermeras asistenciales.
11	Asistira las reuniones y rondas medicas y de enfermeria de su area para estar al tanto del proceso de atencion y cuidado de los pacientes.
12	Realizarla notoficacion de daños y realizar rondas conjuntamentecon el area de mantenimiento.
13	Informar por escrito,diariamente a coordinacion los inconvenientes presentados en cada servicio.
14	Proporcionaratencion de enfermeria a pacientes hospitalizados según las necesidades fisicas,fisiologicas,psicologicas y sociales según lo establecido en el plan de atenc
15	Apoyar en el manejo y control de material y euipos en la atencion del paciente
16	Diligenciary entregar historias clincias a facturacion de pacientes que tengan egresos en el orden establecidos
17	Cumplircon el diligenciamiento de los RIPS, formatos,instrumentos de control,seguimiento,evaluacion de ,la E.S.E.
18	Verificar el correcto diligenciamiento del formato SIVIGILA.
19	Actulizar cardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo a los cambios efectuados por el medico tratante en la evolucion y orden ,en los diferentes turnos.(Corrido-Noche)
20	Administracion de medicamentos de acuerdo al protocologo institucional.
21	Supervisary cumplir con la correcta segregacion de los elementos de prteccion personal y manejo de ropa sucia
22	Deberealizar un informe detallado sobre las actividades realizadas y cumplimineto de las mismas,según la secuencia establecida por la Unidad funcional de Enfermeria
23	Apoyar en la supervision e inpeccion oportuna al carro de paro,equipos biomedicos con los que cuenta el servicio,hacer las respectivas anotaciones a que hallan lugar se
24	Gestionarla informacion ,y/o documentos fisicos,ordenes de procedimentos que se genere en el servicio de acuerdo a las necesidades del paciente y normatividad.
25	Garantizarque la prestacion de servicio objeto del contrato cumplan estrictamente con las caracteristicas y referenencias descritas en el presente documento de las cuale
26	Cumplircon lo establecido en la resolucion 3280 de 2018. de manera que se garantice la efectividad y oportuna atencion definida en la Ruta Integral de Atencion Materno

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**9501873973**	**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SURA**	**24/04/2026**	**$ 218.900**
PENSIÓN:	**PTROTECCIO**	**24/04/2026**	**$ 280.200**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**24/04/2026**	**$ 42.700**

IV.DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

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.

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 período correspondiente

FIRMA DEL CONTRATISTA:	
Nº. IDENTIFICACIÓN:	**1.082.962.833**

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 1082962833		FONTALVO MONTERO JULIETH PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	manzana 5 casa 4 minuto de Dios	SANTA MARTA-MAGDALENA	4301586	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	1000000911	9501873973	I	2026/04/10	2026/04/24	BANCO DE BOGOTA	14	$547,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
1	CC	1082962833	FONTALVO JULIETH	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS010	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,750,905	$42,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0