	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 STEPHANIE GREYS TORRES PAREJO Identificado con C.C. 1083468434

Fecha de Diligenciamiento:	2026-04-27

I. DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.				
N° CONTRATO:	CD20261337	RP:	2060	CDP:	437
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	7.800.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:			2.275.000,00
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

STEPHANIE GREYS TORRES PAREJO
1083468434
CLL 19 17-6
3043489487
STEPHAMIETORRES061989@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2026-04-27**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	STEPHANIE GREYS TORRES PAREJO		
DOCUMENTO:	1083468434		
DIRECCIÓN:	CLL 19 17-6	TELÉFONO:	3043489487
CORREO ELECTRONICO:	STEPHAMIETORRES061989@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:	CD20261337						
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.						
RP:	2060	CDP:	437	FECHA INICIO:	2026-03-19	FECHA FINAL:	2026-05-31
VALOR CONTRATO:	7.800.000,00			VALOR A PAGAR:	2.275.000,00		
ANCO A CONSIGNAR:	BOGOTA			TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	2200486849
DP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Abril**						

FIRMA

Stephanie Torres R.

STEPHANIE GREYS TORRES PAREJO
C.C. 1083468434 expedida en CIENAGA

Powered by CamScanner

HUMB HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	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

STEPHANIE GREYS TORRES PAREJO

CON C.C Nº **1.083.468.434**

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

ETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE		
TRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20261337	DE FECHA INICIO	19/3/2026

II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO
(Deben ser coherentes con las actividades especificas del objeto del contrato)

Recib y entregue turno de acuerdo a las guias institucionales
Observe y reporte signos de alamarmas presentados por los pacientes
Informe las fallas de material y equipos del servicio, al lider mas cercano
Participe en los programas de enseñanzas en servicio de desarrollo de personal proporcionar orientacion al paciente y familiar
Garantice que la prestacion de servicio objeto del contrato cumpla,tan estrictamente con las varactensticas y referencias descritas en el presente contrato.Las cuales se deben agustar a las normas de calida de conformidad con lo establecido en la E.S.E Hospital universitario Julio Mendez Barreneche.Adicionalmente la garantia de los servicios ofrecidos deben permitir que estos se mantengan su calidad e idionidad
Realice asepsia general semanal y diaria cuando egres el paciente, y registre en el formato correspondiente
Clasificar,ordenar y controlar las lencerias de los servicios a efectos de reposicion de ropas y de vestuario,relacionadose con los servicios de lavanderia
Realice una adecuada segregacion de los elementos de proteccion personal,residuos hospitalarios que se generen de la atencion de los pacientes,decualquier procedimento y manejo de ropa sucia
Recib y registre oportunamente los elementos de proteccion personaly cumplir con el correcto uso de estos.Diligenciar correctamente los formatos requeridos por en los servicios
Desarrolle las actividades definidas de acuerdo a contratacion definidos por partes por las agendas establecidas mensuales
Realice notas de enfermeria a los pacientes asignados en los tiempos reglamentarios
Preparar el cuerpo del paciente fallecido y entregar al familiar las pertenecias personales del mismo. Asegurando que se realice de forma respetuosa y conforme a los procedimentos establecidos
iforme las enfermera y medico el estado de los pacientes realcionados a su competencia
ealice el seguimiento de la correcta administracion de medicamentos bajo la supervision de la enfermera,garantizando el cumplimiento de los protocologos establecidos y bienestar del paciente
ealice todas y cada una de las actividades que me asigne el supervisor del contrato y los demas que determine el Gerente, y que se deriben delas necesidades de la E.S.E.

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

ILLA:	9501866565	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
	NUEVA EPS	24/04/2026	$ 218900
	PORVENIR	24/04/2026	$ 280200
ORALES:	POSITIVA	24/04/2026	$ 42700

IV.DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

lié las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
el pago de la Seguridad Social por el valor que exige la Ley, pago del cual anexo copia simple.
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

TRATISTA:	Stephanie Torres P.
ÓN:	1.083.468.434

Powered by CamScanner

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 1083468434		TORRES PAREJO STEPHANIE GREYS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle19 N17-76	CIENAGA-MAGDALENA	3043489437	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	72478924	9501866565	I	2026/04/10	2026/04/24	BANCO DE OCCIDENTE	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	Dias	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: CIENAGA 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	1083468434	TORRES STEPHANIE	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS037	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

Powered by CamScanner

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1083468434		TORRES PAREJO STEPHANIE GREYS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle19 N17-78	CIENAGA-MAGDALENA	3043491487	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	72478924	9501866565	I	2026/04/10	2026/04/24	BANCO DE OCCIDENTE	14	$547,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$2,700	$0	$282,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$2,700	$0	$282,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$500	$0	$43,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$42,700	$500	$0	$43,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$2,100	$0	$221,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$218,900	$2,100	$0	$221,000
TOTAL				1	$541,800	$5,300	$0	$547,100

Powered by CamScanner