HJMB JULIO MENDEZ BARRENECHE	FORMATO INFORME DE SUPERVISOR	Código: GJC22F	Versión: 1
		FECHA DE ULTIMA REVISIÓN: 16/01/2024	

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y CARMEN BETIS SUAREZ MEJIA Identificado con C.C. 57428478

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:	CD20261285	RP:	2237	CDP:	437
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	7.800.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO		2.600.000,00	
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

CARMEN BETIS SUAREZ MEJIA
57428478
MANZANA Z-1 CASA 17 BARRIO CONCEPCION II
3022979168
CARMENSUAREZMEJIA@HOTMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	2026-04-27		
NOMBRES Y APELLIDOS:	CARMEN BETIS SUAREZ MEJIA		
DOCUMENTO:	57428478		
DIRECCIÓN:	MANZANA Z-1 CASA 17 BARRIO CONCE	TELÉFONO:	3022979168
CORREO ELECTRONICO:	CARMENSUAREZMEJIA@HOTMAIL.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:				CD20261285			
OBJETO DEL CONTRATO:				PRESTACION 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:	2237	CDP:	437	FECHA INICIO:	2026-03-20	FECHA FINAL:	2026-05-31
VALOR CONTRATO:		7.800.000,00			VALOR A PAGAR:	2.600.000,00	
BANCO A CONSIGNAR:	Davivienda			TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	1171000781
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A		VALOR ADICION:	0.00	
PERIODO OBJETO DE COBRO:					**Abril**		

FIRMA

Carmen Suarez

CARMEN BETIS SUAREZ MEJIA
C.C. 57428478 expedida en SANTA MARTA

Scanned with CamScanner

HJMB	FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	CODIGO GCCSP VERSION 003 FECHA 22/05/2024 PAGINA 1 de 1

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

CARMEN BETIS SUAREZ MEJIA

CON C.C.I 57.428.478

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO 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.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20261285	DE FECHA INICIO	28/01/2026

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	Garantizé mi presencia oportuna siempre que se requirio para realizar los procedimientos y labores propias del auxiliar de enfermeria en los diferentes servicios de la E.S.E.
2	Observé y reporté oportunamente los signos de alarma que presentaron mis pacientes.
3	Informé las fallas de material y equipo en los servicios al lider más cercano.
4	Participé activamente en los programas de enseñanza en servicio para el desarrollo del personal, y proporcioné orientación tanto al paciente como a sus familiares.
5	Garantizé que la prestación del servicio objeto del contrato cumpliera estrictamente con las caracteristicas y referencias descritas en el documento correspondien ajustándome a las normas de calidad establecidas por la E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche. Además, asegure que los servicios ofrecidos mantuvie su calidad e idoneidad.
6	Realicé asepsia general semanal y diaria al egreso de los pacientes, registrando dicha actividad en el formato correspondiente.
7	Clasifiqué, ordené y controlé las lencerias de los servicios, coordinando la reposición de ropa y vestuario con el área de lavanderia.
8	Realicé una adecuada segregación de los elementos de protección personal y de los residuos hospitalarios generados en la atención de pacientes, así como en otros procedimientos y en el manejo de ropa sucia.
9	Recibí y registré oportunamente los elementos de protección personal, asegurando su correcto uso y diligenciando adecuadamente los formatos requeridos en los servicios.
10	Desarrollé las actividades definidas según el contrato, cumpliendo con las agendas establecidas mensualmente.
11	Realicé las notas de enfermeria de los pacientes asignados dentro de los tiempos reglamentarios.
12	Preparé el cuerpo del paciente fallecido y entregué a sus familiares todas sus pertenencias personales, asegurando un proceso respetuoso y conforme a los procedimientos establecidos.
13	Informé a la enfermera y al médico sobre el estado de los pacientes bajo mi competencia.
14	Realicé seguimiento a la correcta administración de medicamentos bajo la supervisión de la enfermera, garantizando el cumplimiento de los protocolos y el bienestar del paciente.
15	Ejecuté todas las actividades asignadas por el supervisor del contrato, así como las demás dispuestas por el Gerente y que respondieran a las necesidades de la E.S.E.

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	4648256724	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	23/04/2026	$218,900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	23/04/2026	$280,200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	23/04/2026	$42,700

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:	Carmen Suarez
N°. IDENTIFICACIÓN:	C.C. 57.428.478

Scanned with CamScanner

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: [illegible]
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: CARMEN SUAREZ MEJIA
CIUDAD/MUNICIPIO: SANTA MARTA
DEPARTAMENTO: MAGDALENA
DIRECCIÓN: CALLE 11 # 85-25
TELÉFONO: [illegible]
TIPO APORTANTE: INDEPENDIENTE
CLASE APORTANTE: INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA: PERSONA
ACTIVIDAD ECONÓMICA: [illegible]
FORMA DE PRESENTACIÓN: ÚNICO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA: 8818258724
PERIODO COTIZACIÓN OTROS: [illegible]
DÍAS DE MORA: [illegible]
FECHA PAGO: [illegible]
NÚMERO AUTORIZACIÓN: [illegible]

TOTAL APORTES A PENSIÓN

TOTAL APORTES A SALUD

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

TOTAL PAGADO: $ 542.600