E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ 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 DANA LUZ VILLERO REDONDO identificado con C.C. 1082848913

Fecha de Diligenciamiento:	2026-02-26

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:	CD20260117	RP:	622	CDP:	2
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	5.200.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:			2.600.000,00
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2026-01-19	FECHA DE FINALIZACION:			2026-02-28
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MILCIADES OSORIO SANCHEZ				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADO CRÍTICO				

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 Febrero

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

MILCIADES OSORIO SANCHEZ
8742789
UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADO CRÍTICO

HUJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO**	CODIGO:GJC23F VERSION: 003 FECHADE ULTIMAREVISION: 22/08/2024 PAGINA1 de 1

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

DANA LUZ VILLERO REDONDO

CON C.C Nº 1082848913

I.INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	**DE FECHA INICIO**	**19/01/2026**
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No:	**CD20260117**		

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)

ITEM	ACTIVIDADES
1	Recibir yentregar turno descuerdo a la guia
2	Proporcionar atención de enfermería a pacientes de consulta externa, hospitalizados según las necesidades físicas, fisiológicas, psicológicas y sociales. (toma de signos vitales, baño en cama, asistir en la alimentación, toma de glucometría, cambios de posición, arreglo de la unidad, toma de muestra de laboratorio, realizar venopunción y verificar signos de flebitis, instalar y retirar infusiones de líquidos, asepsia a los implementos de trabajo como aspirador, riñoneras, plasingos, patos cada vez que sea necesario).
3	Asistir al paciente en la alimentacion enteral yparenteral.
4	Informar al enfermero de turno y a la profesional especializada de seguridad al paciente los incidentes, eventos adversos presentados en el servicio.
5	Informe de las fallas de material yequipos de servicio.
6	Realizar las respectivas solicitudes ydevoluciones a farmacia de insulos o medicamentos de los pacientes que ingresen y egresen bajo la supervision de la enfermera.
7	Recibir y entregar ales pacientes a los diferentes servicios con la lista de chequeo correspondiente.
8	Asistir a la ronda medica ydurante los procedimientos de estos.
9	Apoyar al personal de enfermeras en los procedimientos (curaciones, colocacion y retiro de sonda vesical, sonda nasogastrica, y otros procedimientos.
10	Realizar durante el turno, seguimiento diario y registrar todad las actividadas y evoluciones del paciente en la historia clinica (notas de enfermeria); en los tiempos reglametados.
11	Observacion y reporte de signos de alarma presentados por sus pacientes.
12	Informar a la profesional especializada de seguridad del pacientes los incidentes, eventos adversos yparticipar en reuniones para estudios de estos y todos los que deriven de la atencion del paciente.
13	Proporcionar orientacion al paciente y familiar.
14	Atender a los pacientes con trato humanizado en el turno y / o area asignada de la E.S.E
15	Realizar asepsia general semanal ydiaria cuado egrese el paciente, registre en el formato correspondiente.

III.INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**9498080313**	**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SANITAS**	**24/02/2026**	**$ 221.700**
PENSIÓN:	**PORVENIR**	**24/02/2026**	**$ 283.800**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**24/02/2026**	**$ 43.300**

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 requiere 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:	Dana Villero
Nº. IDENTIFICACIÓN: Nº	**1082848913**

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1082848913		VILLERO REDONDO DANA LUZ	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 25 8-87	SANTA MARTA-MAGDALENA	3017271077	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2026-01	2026-01	93006383	9498080313		2026/02/04	2026/02/24	BANCO DE OCCIDENTE	20	$548,600	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	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: 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	1082848913	VILLERO DANA	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	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		

PLANILLA PAGADA

Resumen General de Pago

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1082848913		VILLERO REDONDO DANA LUZ	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 25 8-87	SANTA MARTA-MAGDALENA	3017271077	No	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2026-01	2026-01	93006383	9498080313	I	2026/02/04	2026/02/24	BANCO DE OCCIDENTE	20	$548,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$3,600	$0	$283,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$3,600	$0	$283,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$600	$0	$43,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$42,700	$600	$0	$43,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$2,800	$0	$221,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$218,900	$2,800	$0	$221,700
TOTAL				1	$541,800	$7,000	$0	$548,800

PLANILLA PAGADA

HUJMB E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	**ACTA FINAL**	CODIGO: GJC26F VERSION: 002 FECHA ULTIMA DE REVISION: 12/12/2024 PAGINA 1 de 1

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20260117 DEL 2026

NO. DEL CONTRATO	CD20260117 DEL 2026
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	DANA LUZ VILLERO REDONDO
NO. DE IDENTIDAD	1082848913
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
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	CINCO MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/L. ($5.200.000)
FORMA DE PAGO	El HUJMB cancelará al CONTRATISTA (2) cuota(s), por valor de DOS MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M/L. ($2.600.000), de conformidad con el informe de la ejecución de las actividades contractuales realizadas, previa certificación de cumplimiento expedida por parte del Supervisor del contrato
PLAZO DE EJECUCIÓN	Previa legalización del contrato sin exceder 28 de FEBRERO de 2026.
CDP	2
REGISTRO PRESUPUESTAL	622
FECHA DE ACTA DE INICIO	19 DE ENERO DE 2026
FECHA DE TERMINACION CONTRATO	28 DE FEBRERO DE 2026
ADICION	
CDP DE LA ADICION	N/A
REGISTRO PRESUPUESTAL DE LA ADICION	N/A
PLAZO ADICION	N/A
FORMA DE PAGO ADICION	N/A
FECHA DE TERMINACION DE CONTRATO CON ADICION.	N/A
VALOR ADICIÓN	N/A
VALOR FINAL DEL CONTRATO	N/A
SUPERVISOR DEL CONTRATO	PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD DE HOSPITALIZACION Y CUIDADO CRITICO

Entre los suscritos, **MILCIADES OSORIO SANCHEZ**, mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **CC.8.742.789**, expedida en Santa Marta, obrando en calidad de, **PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL HOSPITALIZACION Y CUIDADO CRITICO**, quien actúa como supervisor del contrato **CD20260117** por otra parte **DANA LUZ VILLERO REDONDO**, identificado con la cedula de ciudadanía No. 1082848913 en su condición de contratista se reunieron para firmar acta de finalización de contrato.

Por último el hospital se declara que no existe emolumento alguno entre las partes y con todo concepto respecto de las obligaciones mutuas pactadas en el contrato prestación de servicios en referencia.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta en el mes de FEBRERO del año **2026.**

SUPERVISOR,

MILCIADES OSORIO SANCHEZ
CC. 83.742.789

CONTRATISTA,

DANA LUZ VILLERO REDONDO
1082848913

Proyectó: María Camila De Alba
Profesional Administrativo Enfermería