HJMB 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 MILEYDIS ESTHER MENDOZA OLAYA identificado con C.C. 1079884223

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:	CD20261852	RP:	2451	CDP:	437
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	5.200.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:			1.625.000,00
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2026-04-20	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

MILEYDIS ESTHER MENDOZA OLAYA
1079884223
CALLE 26 NU,ERO 789 BARRIO LA ESPERANZA
3246091053
mileidysmendoza022022a@gmail.com

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2026-04-27**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	MILEYDIS ESTHER MENDOZA OLAYA		
DOCUMENTO:	1079884223		
DIRECCIÓN:	CALLE 26 NU,ERO 789 BARRIO LA ESP	TELÉFONO:	3246091053
CORREO ELECTRONICO:	mileidysmendoza022022a@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:	CD20261852						
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:	2451	CDP:	437	FECHA INICIO:	2026-04-20	FECHA FINAL:	2026-05-31
VALOR CONTRATO:	5.200.000,00			VALOR A PAGAR:	1.625.000,00		
BANCO A CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA			TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	91654402618
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Abril**						

FIRMA

Mileidis Mendoza

MILEYDIS ESTHER MENDOZA OLAYA
C.C. 1079884223 expedida en PEDRAZA

Scanned with CamScanner

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

MILEIDIS ESTHER MENDOZA OLAYA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.079.884.223,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 24 de Abril del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

Scanned with CamScanner

COOSALUD

CERTIFICA QUE

El (La) Señor(a) **MILEIDIS ESTHER MENDOZA OLAYA** identificado con Cédula de ciudadanía número 1079884223 registra en nuestra Base de Datos en condición de **COTIZANTE**

Estado Afiliado:	**Activo**
IPS de atención:	**MIRED BARRANQUILLA IPS S.A.S.**
Categoría:	**A**
Fecha afiliación:	**23/04/2026**
Régimen:	**Contributivo**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) a **QUIEN INTERESE** , el 23 de abril del 2026. Esta es el Reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información

Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web: www.coosalud.com
- Línea permanente 24 Horas 018000515611

Cordialmente,

CARLOS ALBERTO TORRES SALAZAR
Director de Operaciones - Contributivo
afiliacionescontributivo@coosalud.com
COOSALUD EPS

Scanned with CamScanner

FJMB	**FORMATO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO**	CÓDIGO GTH-FM-08 VERSIÓN 11 FECHA DE LA ÚLTIMA REVISIÓN 23/07/2025 PÁGINA 1 de 1

Nombre completo	Hilsedys Mendoza Ochoa		
Cedula	1.079884223		
Fecha de Ingreso	15/04/2026	**Área de Ingreso**	Instrumentación

Señale con una x si el proceso es Inducción ( ) o Reinducción ( )

Presenta alguna discapacidad o una condición discapacitante SI ( ) NO ( )
Si respondió en la casilla SI. Mencione cual es:

Nombre del líder del proceso: Lizeth Cárdenas Zambrano

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FIRMA RESPONSABLE	HORA
1. Inicia Proceso de Contratación o Firma de actos administrativos (Personal de Planta)	Oficina de Contratación (Personal de OPS) ó Talento Humano (personal nombrado)	Cristina Camacho.	
2. Inducción de Talento Humano	Dra. Ana Carolina y/o Persona designada		8:45 a.m.
3. Inducción del área de Seguridad y Salud en el Trabajo	Grupo de Trabajo SST		9:00 a.m.
4. Induccion de SARLAFT	Deisy Zagarra		10:00 a.m.
5. Inducción en la codificación internacional de enfermedades – CIE, dirigida a Médicos y especialistas.	Estrella Zambrano	N/A	10:30 a.m.
6. Inducción del área de Sistemas, creación de usuario y asignación de la contraseña / Intranet.	Ingeniera Cindy Mattos y/o Persona designada		2:30 p.m.
7. Entrega Inventario del área (planta)	Sr. Luis Castro Almacén	N/A	
8. Inducción al Puesto de Trabajo	Líder de Proceso ó Supervisor		
9. Entrega del formato en Talento Humano o en archivo de contratación	Talento Humano ó Archivo de Contratación	Ingrid Osorno L	

Scanned with CamScanner

CER_AFI_2026026751348

POSITIVA

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

MILEIDYS MENDOZA identificado con CC. 1079884223 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombres y/o Razón	HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
Tipo y Numero de Documento	NI - 891780185

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de Inicio de cobertura	2026/04/17	**Fecha Inicio contrato**	2026/04/15
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/12/31
Riesgo	3	**Código actividad económica**	3861001 - Actividades de hospitales y clinicas, con internacion, comprende las actividades que consisten principalmente en
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	-	**Estado del contrato**	Activa

Esta certificación se expide a los 24 días del mes de abril del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC24042026N1079884223A17461628.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

Scanned with CamScanner

	FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	CÓDIGO: FIC-E-SF VERSIÓN: 003 FECHA DE ULTIMA REVISIÓN: 22/08/2024 PÁGINA 1 de 1

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y MILEIDIS ESTHER MENDOZA OLAYA

CON C.C N° 1.079.884.225

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. CD20261852 **DE FECHA DE INICIO** 28/04/2026

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)
1	Garantizar la presencia oportuna, cuando se requiera hacer los procedimientos y labores propias del auxiliar de enfermería en cualquier servicio de la E.S.E
2	Clasificar, ordenar y controlar las lencerías de los servicios a efectos de reposición de ropas y de vestuario, relacionándose con los servicios de lavandería.
3	Informar las fallas de material y equipo de servicios, al líder más cercano
4	Participar en los programas de enseñanza en servicio para desarrollo de personal Proporcionar orientación al paciente y familiar
5	Observación y reporte de signos de alarma presentados por sus pacientes
6	Garantizar que la prestación de servicio objeto del contrato cumplan estrictamente con las características y referencias descritas en el presente documento, las cuales se deben ajustar a las normas de calidad de conformidad con lo establecido por la E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche. Adicionalmente la garantía de los servicios ofrecidos debe permitir que estos mantengan su calidad e idoneidad
7	Realizar asepsia general semanal y diaria cuando egrese el paciente, registrar en el formato correspondiente
8	Realizar una adecuada segregación de los elementos de protección personal, residuos hospitalarios que se generen de la atención de los pacientes, de cualquier otro procedimiento y manejo de ropa sucia
9	Recibir, registrar oportunamente los elementos de protección personal y cumplir con el correcto uso de estos. Diligenciar correctamente los formatos requeridos en los servicios
10	Desarrollar las actividades definidas de acuerdo a contratación definido por partes con las agendas establecidas mensuales
11	Realizar notas de Enfermería a pacientes asignados en los tiempos reglamentados
12	Preparar el cuerpo del paciente fallecido y entregar al familiar todas las pertenencias personales del mismo, asegurando que se realice de manera respetuosa y conforme a los procedimientos establecidos
13	Informar a la enfermera y médico del estado de los pacientes relacionados a su competencia.
14	Realizar el seguimiento de la correcta administración de los medicamentos bajo la supervisión de la enfermera, garantizando el cumplimiento de los protocolos establecidos y el bienestar del paciente
15	Realizar todas y cada una de las actividades que asigne el supervisor del contrato y las demás que determine el Gerente, y que se deriven de las necesidades de la E.S.E

Scanned with CamScanner

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	CERTIFICADO	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COOSALUD		218.900
PENSIÓN:	PORVENIR		280.200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA		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:	Mileidis Mendoza Oviedo.
	C.C. No. 1.079.884.223

Scanned with CamScanner

HUJMB	**ACTA DE INICIO**	CÓDIGO: GJCOM VERSIÓN: 002 FECHA DE ULTIMA REVISIÓN: 09/1/2025 PÁGINA 1 de 1

ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20261852 DEL 2026

NO. DEL CONTRATO	CD20261852 DEL 2026
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	MENDOZA OLAYA MILEIDIS ESTHER
NO. DE IDENTIDAD	1079884223
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
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 31 de MAYO de 2026.
CDP	437
REGISTRO PRESUPUESTAL	2451
SUPERVISOR DEL CONTRATO	SUBGERENTE CIENTIFICA

Entre los suscritos, **LIZETH CARDENAS ZAMBRANO,** mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **1.082.957.906,** obrando en calidad de **SUBGERENTE CIENTIFICA** quien actúa como supervisor del contrato **CD20261852** por otra parte **MENDOZA OLAYA MILEIDIS ESTHER** en calidad de contratista quienes se reúnen para dar inicio al contrato en mención, cuyo objeto es el mencionado en la parte superior del presente documento.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta a los 20 Días, del mes de ABRIL del año 2026.

SUPERVISOR,

LIZETH CARDENAS ZAMBRANO
C.C 1.082.957.906

CONTRATISTA,

MENDOZA OLAYA MILEIDIS ESTHER
CC 1079884223

Proyectó: María Fernanda De Alba
Profesional Administrativo Enfermeria

Scanned with CamScanner