| | | | |
|---|---|---|---|
| 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 MAILYN SMARITH HERNANDEZ ZABALETA identificado con C.C. 57464320**

| Fecha de Diligenciamiento: | 2026-03-30 |
|---|---|

## 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: | CD20261612 | RP: | 2219 | 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 Marzo

## V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

LIZETH PAOLA CARDENAS ZAMBRANO
1082957906
UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA

MAILYN SMARITH HERNANDEZ ZABALETA
57464320
CONJUNTO RESERVA DE CURINCA POBLADO TORRE 5 APT 304
3128887143
MAIRITH1117@GMAIL.COM

# CUENTA DE COBRO

## DATOS PERSONALES

| | |
|---|---|
| **Fecha de Diligenciamiento:** | **2026-03-30** |
| NOMBRES Y APELLIDOS: | MAILYN SMARITH HERNANDEZ ZABALETA |
| DOCUMENTO: | 57464320 |
| DIRECCIÓN: | CONJUNTO RESERVA DE CURINCA PO |
| TELÉFONO: | 3128887143 |
| CORREO ELECTRONICO: | MAIRITH1117@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: | CD20261612 | | | | | | |
| 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: | 2219 | 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: | BANCOLOMBIA | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | No. CUENTA: | 91210093112 |
| CDP ADICION: | N/A | RP ADICION: | N/A | VALOR ADICION: | 0,00 | | |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **Marzo** | | | | | | |

## FIRMA

MAILYN SMARITH HERNANDEZ ZABALETA
C.C. 57464320 expedida en SANTA MARTA

| | | |
|---|---|---|
| E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA | FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO | ~~CODIGO: GJG23F~~<br>VERSION: 003<br>FECHA DE ULTIMA REVISION: 22/08/2024<br>PAGINA 1 de 1 |

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

**MAYLIN HERNANDEZ ZABALETA**

**CON C.C Nº 57.464.320**

**I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

| | |
|---|---|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE. |
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | CD20261612 |
| DE FECHA INICIO | 20/03/2025 |

**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)**

| ITEM | |
|---|---|
| 1 | Brindar atención de enfermería a los pacientes de consulta externa y hospitalizados, según sus necesidades físicas, fisiológicas, psicológicas y sociales, asegurando un cuidado integral y personalizado. |
| 2 | Hacer un uso adecuado y racional de los elementos, recursos y demás medios proporcionados por la institución, garantizando su conservación y aprovechamiento eficiente. |
| 3 | 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 |
| 4 | Observación y reporte de signos de alarma presentados por sus pacientes |
| 5 | Informar las fallas de material y equipo de servicios, al líder más cercano. |
| 6 | Participar en los programas de enseñanza en servicio para desarrollo de personal Proporcionar orientación al paciente y familiar |
| 7 | 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. |
| 8 | Realizar asepsia general semanal y diaria cuando egrese el paciente, registrar en el formato correspondiente. |
| 9 | Clasificar, ordenar y controlar las lencerías de los servicios a efectos de reposición de ropas y de vestuario, relacionándose con los servicios de lavandería. |
| 10 | 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. |
| 11 | Recibir, registrar oportunamente los elementos de protección personal y cumplir con el correcto uso de estos. Diligenciar correctamente los formatos requeridos en los servicios |
| 12 | Desarrollar las actividades definidas de acuerdo a contratación definido por partes con las agendas establecidas mensuales |
| 13 | Realizar notas de Enfermería a pacientes asignados en los tiempos reglamentados |
| 14 | 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. |
| 15 | Informar a la enfermera y médico del estado de los pacientes relacionados a su competencia. |

**III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | 9500027899 | OPERADOR: | APORTE EN LINEA |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | SALUD TOTAL | 24/03/2026 | $ 179.800 |
| PENSIÓN: | PROTECCION | 24/03/2026 | $ 230.100 |
| RIESGOS | POSITIVA | 24/03/2026 | $ 35.100 |

**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 documentale

| | |
|---|---|
| FIRMA DEL CONTRATISTA: | Maylyn Hernandez Zabaleta |
| Nº. IDENTIFICACIÓN: | 57.464.320 |

Tiente

aportes 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 57464320 | | HERNANDEZ ZABALETA MAILYN SMARITH | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | AP 304 TORRE 5 CONJUNTO | SANTA MARTA-MAGDALENA | 3006966757 | No |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Días Mora | Valor |
| 2026-02 | 2026-02 | 93004193 | 9500027899 | I | 2026/03/05 | 2026/03/24 | BANCO DE OCCIDENTE | 19 | $548,600 |

**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 57464320 | HERNANDEZ MAILYN | 230201 | 30 | $1,750,905 | $280,200 | EPS002 | 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 |

PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA



2026/03/24 04:35 PM

aportes 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 57464320 | | HERNANDEZ ZABALETA MAILYN SMARITH | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | AP 304 TORRE 5 CONJUNTO | SANTA MARTA-MAGDALENA | 3006966757 | No |

**DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION**

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-02 | 2026-02 | 93004193 | 9500027899 | 1 | 2026/03/05 | 2026/03/24 | BANCO DE OCCIDENTE | 19 | $548,600 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $280,200 | $3,500 | $0 | $283,700 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 1 | $280,200 | $3,500 | $0 | $283,700 |
| 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 | $2,700 | $0 | $221,600 |
| SALUD TOTAL | EPS002 | 800,130,907 | 4 | 1 | $218,900 | $2,700 | $0 | $221,600 |
| TOTAL | | | | 1 | $541,800 | $6,800 | $0 | $548,600 |

PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA



2026/03/24 04:35 PM

| | | |
|---|---|---|
| HUJMB ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | **ACTA DE INICIO** | CÓDIGO: GJC25F<br>VERSIÓN: 002<br>FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 09/1/2025<br>PÁGINA 1 de 1 |

**ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20261612 DEL 2026**

| | |
|---|---|
| **NO. DEL CONTRATO** | **CD20261612** DEL 2026 |
| **NOMBRE DEL CONTRATANTE** | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | **HERNANDEZ ZABALETA MAILYN SMARITH** |
| **NO. DE IDENTIDAD** | **57464320** |
| **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** | SIETE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/L. ($7.800.000) |
| **FORMA DE PAGO** | EL HUJMB cancelará al CONTRATISTA,3 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** | 2219 |
| **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 **CD20261612** por otra parte **HERNANDEZ ZABALETA MAILYN SMARITH** 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 MARZO del año 2026.

SUPERVISOR,

**LIZETH CARDENAS ZAMBRANO**
**C.C 1.082.957.906**

CONTRATISTA,

**HERNANDEZ ZABALETA MAILYN SMARITH**
**CC 57464320**

Proyectó: María Fernanda De Alba
Profesional Administrativo Enfermeria