HJMB JULIO MENDEZ 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 ORISTELA ESTHER LLANES CHURIO identificado con C.C. 39047629

Fecha de Diligenciamiento:	2026-03-29

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:	CD20261279	RP:	2045	CDP:	437
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	7.800.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	2.600.000,00		
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2026-03-19	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 Marzo

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

LIZETH PAOLA CARDENAS ZAMBRANO
1082957906
UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA

ORISTELA ESTHER LLANES CHURIO
39047629
CRA 5 # 6-43 BARRIO OLAYA HERRERA.
3002386467
ORISTELALLANES@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2026-03-29**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	ORISTELA ESTHER LLANES CHURIO		
DOCUMENTO:	39047629		
DIRECCIÓN:	CRA 5 # 6-43 BARRIO OLAYA HERRER	TELÉFONO:	3002386467
CORREO ELECTRONICO:	ORISTELALLANES@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:	CD20261279						
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:	2045	CDP:	437	FECHA INICIO:	2026-03-19	FECHA FINAL:	2026-05-31
VALOR CONTRATO:	7.800.000,00			VALOR A PAGAR:	2.600.000,00		
BANCO A CONSIGNAR:	BANCO SUDAMERIS			TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	97010053500
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Marzo**						

FIRMA

ORISTELA ESTHER LLANES CHURIO
C.C. 39047629 expedida en SANTA MARTA

ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20261279 DEL 2026

NO. DEL CONTRATO	CD20261279 DEL 2026
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**LLANES CHURIO ORISTELA ESTHER**
NO. DE IDENTIDAD	39047629
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	2045
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 **CD20261279** por otra parte **LLANES CHURIO ORISTELA 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 19 Dias, del mes de MARZO del año 2026.

SUPERVISOR,

LIZETH CARDENAS ZAMBRANO
C.C 1.082.957.906

CONTRATISTA,

LLANES CHURIO ORISTELA ESTHER
CC 39047629

Proyectó: Maria Camila De Alba
Profesional Administrativo Enfermería

Revisó: Ivanna Torres Torres
Abogada Subgerencia científica

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 ORISTELA ESTHER LLANES CHURIO

CON C.C Nº 39047629

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 E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20261279**	**DE FECHA DE INICIO**	19/03/2026

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	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 establecid 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 misr 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:	**6008294895**	**OPERADOR:**	**SOI**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SALUD TOTAL**	**25/03/2026**	**218.900**
PENSIÓN:	**PROTECCION**	**25/03/2026**	**280.200**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**25/03/2026**	**42.700**

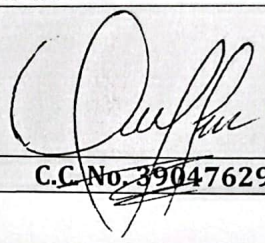
IV.DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

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:	
No. IDENTIFICACIÓN:	**C.C. No. 39047629**