| | | | |
|---|---|---|---|
| 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 MARILIN TRILLERA DAZA identificado con C.C. 57435621**

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

## I. DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| | |
|---|---|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| N° CONTRATO: | CD20261398 | RP: | 2086 | CDP: | 437 |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO: | 11.100.000,00 | VALOR DE HONORARIOS PERIODO: | | | 3.700.000,00 |
| 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

**Pendiente**

## 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

**MARILIN TRILLERA DAZA**
**57435621**
**MZ B CASA 19 URB GARAGOA**
**3024255232**
**MARILIN.TRILLERA@HOTMAIL.COM**

# CUENTA DE COBRO

## DATOS PERSONALES

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Diligenciamiento:** | **2026-03-30** | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS: | MARILIN TRILLERA DAZA | | |
| DOCUMENTO: | 57435621 | | |
| DIRECCIÓN: | MZ B CASA 19 URB GARAGOA | TELEFONO: | 3024255232 |
| CORREO ELECTRONICO: | MARILIN.TRILLERA@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: | CD20261398 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE. |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| RP: | 2086 | CDP: | 437 | FECHA INICIO: | 2026-03-19 | FECHA FINAL: | 2026-05-31 |
| VALOR CONTRATO: | 11.100.000,00 | | | VALOR A PAGAR: | 3.700.000,00 | | |
| BANCO A CONSIGNAR: | DAVIVIENDA | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | No. CUENTA: | 488434022353 |
| CDP - ADICION: | N/A | RP - ADICION: | N/A | VALOR ADICION: | 0,00 | | |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **Marzo** | | | | | | |

## FIRMA

MARILIN TRILLERA DAZA
C.C. 57435621 expedida en SANTA MARTA

| | | |
|---|---|---|
| HJMB Julio Méndez Barreneche | **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO** | CODIGO: GJC23F<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 MARILUN TRILLERAS DAZA CON C.C N° 57435621**

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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE. | | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | CD20261398 | **DE FECHA** | 19/3/2026 | |

| **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 | Planear, organizar, dirigir, realizar las gestiones necesarias para lograr el funcionamiento de los servicios de acuerdo a los planes y programas establecidos. |
| 2 | Realizar Rondas de Seguridad de Paciente diaria: Identificación de paciente, Venopunciones, Equipos invasivos, segregación de residuos hospitalarios, orden y aseo de los servicios |
| 3 | Verificar la aplicación de listas de chequeo para el control en la prevención de infecciones y procesos básicos de Enfermería. |
| 4 | Velar por el cumplimiento de los protocolos, procesos y formatos de los diferentes servicios, ejemplo, el ingreso y salida de los auxiliares de enfermería. |
| 5 | Comprobar la realización de la asepsia en los diferentes servicios y que se encuentre bien organizado los sitios de trabajo. |
| 6 | Vigilar y controlar el uso adecuado de los registros de enfermería (expediente clínico, censo, registros estadísticos, planes de asignación, rotación, etc.) y asegurar la actualización diaria de los registros en el tablero de camas reservadas. |
| 7 | Detectar la necesidad de material/equipo de los servicios y gestionar la adquisición. |
| 8 | Verificar que se cumpla con la notificación inmediata de los eventos adversos y/o incidentes que se presenten en la atención del paciente. |
| 9 | Verificación de la preparación adecuada de los estudios y cirugía. |
| 10 | Verificar el registro de las curaciones de las enfermeras asistenciales |
| 11 | Asistir a las reuniones y rondas médicas y de enfermería de su área para estar al tanto del proceso de atención y cuidado de los pacientes. |
| 12 | Realizar la Notificación de daños y realizar ronda conjuntamente con el área de mantenimiento. |
| 13 | Informar por escrito, diariamente a coordinación los inconvenientes presentados en cada servicio. |
| 14 | Proporcionar atención de enfermería a pacientes hospitalizados según las necesidades físicas, fisiológicas, psicológicas y sociales según los establecido en el plan de atención de enfermería |
| 15 | Apoyar en el Manejo y control de material y equipo en la atención del paciente. |
| 16 | Diligenciar y entregar historias clínicas a facturación de paciente que tengan egresos en el orden establecidos. |
| 17 | Cumplir con el diligenciamiento de los RIPS, formatos, instrumentos de control, seguimiento, evaluación, de la E.S.E. |
| 18 | Verificar el correcto diligenciamiento del formato de SIVIGILA |
| 19 | Actualizar Kardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo a los cambios efectuados por médico tratante en la evolución y ordenes médicas, en los diferentes turnos (corrido, noche) etc. |
| 20 | Administración de medicamentos de acuerdo al protocolo institucional. |
| 21 | Supervisar y cumplir con la correcta segregación de los elementos de protección personal y manejo de ropa sucia. |
| 22 | Debe realizar un informe detallado sobre las actividades realizadas y el cumplimiento de las mismas, según la secuencia establecida por la Unidad Funcional de Enfermería. |
| 23 | Apoyar en la supervisión e inspección oportuna al carro de paro, equipos biomédicos con los que cuenta el servicio, hacer las respectivas anotaciones a que hallan lugar sea diaria y quincenal |
| 24 | Gestionar la información, y/o documentos físicos, órdenes de procedimientos que se genere en el servicio de acuerdo a la necesidad del paciente y normatividad. |
| 25 | 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. |
| 26 | Cumplir con lo establecido en la resolución 3280 de 2018, de manera que se garantice la efectiva y oportuna atención definida en la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal, Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna y Estrategia Hospital Padrino, según su competencia. |
| 27 | Capacitar al personal asistencial (enfermeras) sobre colocación de implante sub dérmico y aplicación de métodos de anticoncepción." |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | 4643907050 | **OPERADOR:** | NUEVO SOI |
| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
| **SALUD:** | NUEVA EPS | 25/3/2026 | 218.900 |
| **PENSIÓN:** | PROTECCION | 25/3/2026 | 280.185 |
| **RIESGOS LABORALES:** | POSITIVA | 25/3/2026 | 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:** | Marilun Trilleras Daza |
| **N°. IDENTIFICACIÓN:** | 57435621 |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 57435621 |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | | | MARILIN TRILLERAS DAZA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | SANTA MARTA | DEPARTAMENTO: | MAGDALENA |
| DIRECCIÓN: | URB GARAGOA MZ B CASA 19 | TELÉFONO: | 4333333 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | 4643907050 | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | febrero | AÑO 2026 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | febrero | AÑO 2026 |
| DÍAS DE MORA: | | | 20 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2026/03/25 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | 9996204151 |

### TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACION | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 280.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 3.700 | $ 0 | $ 280.200 | $ 3.700 | $ 283.900 |
| SUBTOTALES | | 1 | $ 280.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 3.700 | $ 0 | $ 280.200 | $ 3.700 | $ 283.900 |

### TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS037 | EPS037-NUEVA EPS | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 218.900 | $ 0 | $ 2.800 | $ 0 | $ 218.900 | $ 2.800 | $ 0 | $ 221.800 |
| SUBTOTALES | | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 218.900 | $ 0 | $ 2.800 | $ 0 | $ 218.900 | $ 2.800 | $ 0 | $ 221.800 |

### TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 42.700 | $ 42.700 | $ 600 | $ 0 | $ 43.300 |
| SUBTOTALES | | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 42.700 | $ 42.700 | $ 600 | $ 0 | $ 43.300 |

Planilla Pagada

### LIQUIDACION DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | | | | | ARP | | | | | | CCF | SENA | ICBF | ESAP | MINEDU |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 57435621 | TRILLERAS DAZA MARILIN | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.750.905 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.750.905 | $ 280.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 280.200 | EPS037-NUEVA EPS | 30 | $ 1.750.905 | $ 218.900 | $ 0 | $ 218.900 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 30 | $ 1.750.905 | 57435621 | $ 42.700 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 549.000**

| | | |
|---|---|---|
| HUJMB 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. CD20261398 DEL 2026**

| | |
|---|---|
| **NO. DEL CONTRATO** | CD20261398 DEL 2026 |
| **NOMBRE DEL CONTRATANTE** | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | TRILLERAS DAZA MARLIN |
| **NO. DE IDENTIDAD** | 57435621 |
| **OBJETO DEL CONTRATO** | PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA(O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO** | ONCE MILLONES CIEN MIL PESOS M/L. ($11.100.000) |
| **FORMA DE PAGO** | EL HUJMB cancelará al CONTRATISTA,3 cuota(s), por valor de TRES MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS M/L. ($3.700.000), 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** | 2086 |
| **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 **CD20261398** por otra parte **TRILLERAS DAZA MARLIN** 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 Días, del mes de MARZO del año 2026.

SUPERVISOR,

**LIZETH CARDENÁS ZAMBRANO**
**C.C 1.082.957.906**

CONTRATISTA,

Marlin Trilleras

**TRILLERAS DAZA MARLIN**
**CC 57435621**

Proyectó: Maria Camila De Alba
Profesional Administrativo Enfermeria

Reviso: Ivanna Torres Torres
Abogada Subgerencia cientifica