E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO 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 INGRID ESTHER BAYTER MOZO identificado con C.C. 57443269

Fecha de Diligenciamiento:	2026-04-02

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:	CD20261270	RP:	2301	CDP:	437
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	7.800.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:			2.437.500,00
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2026-03-24	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

INGRID ESTHER BAYTER MOZO
57443269
DIAGONAL 38 4-10
4397170
INGRIDBAYTER2001@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2026-04-02**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	INGRID ESTHER BAYTER MOZO		
DOCUMENTO:	57443269		
DIRECCIÓN:	DIAGONAL 38 4-10	TELÉFONO:	4397170
CORREO ELECTRONICO:	INGRIDBAYTER2001@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:	CD20261270						
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:	2301	CDP:	437	FECHA INICIO:	2026-03-24	FECHA FINAL:	2026-05-31
VALOR CONTRATO:	7.800.000,00			VALOR A PAGAR:	2.437.500,00		
BANCO A CONSIGNAR:	DAVIVIENDA			TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	117100080672
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Marzo**						

FIRMA

Ingrid Bayter Mozo

INGRID ESTHER BAYTER MOZO
C.C. 57443269 expedida en SANTA MARTA

HJMB Julio Méndez 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

INGRID ESTHER BAYTER MOZO

CON C.C Nº 57443269

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.	CD20261270	**DE FECHA**	24/03/2026

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	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	Observación y reporte de signos de alarma presentados por sus pacientes
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	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.
6	Realizar asepsia general semanal y diaria cuando egrese el paciente, registrar en el formato correspondiente.
7	Clasificar, ordenar y controlar las lencerías de los servicios a efectos de reposición de ropas y de vestuario, relacionándose con los servicios de lavandería.
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.

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	4643486799	**OPERADOR:**	NUEVO SOI
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	NUEVA EPS	18/3/2026	218.900
PENSIÓN:	COLFONDOS	18/3/2026	280.185
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	18/3/2026	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:	Ingrid Esther Bayter Mozo
Nº. IDENTIFICACIÓN:	57443269

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

CIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	57443259
N SOCIAL:			INGRID ESTHER BAYTER MOZO
IO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
	SANTA MARTA	TELÉFONO:	4000000
S:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
ENTACIÓN:	ÚNICO		
NERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		4643486799	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero AÑO 2026
DÍAS DE MORA:		2			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/03/18	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9996145130

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
231001-COLFONDOS	1	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 400	$ 0	$ 280.200	$ 400	$ 280.600

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 300	$ 0	$ 218.900	$ 300	$ 0	$ 219.200
												$ 218.900	$ 300	$ 0	$ 219.200

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	INCAPACIDAD IRP PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 42.700	$ 42.700	$ 100	$ 0	$ 42.800
								$ 42.700	$ 100	$ 0	$ 42.800

Planilla Pagada

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE: MBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	NOVEDADES: ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
TERCERO NOMBRE	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO																

SEGURIDAD SOCIAL: PENSIÓN ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
231001-COLFONDOS	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200

SALUD ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900

ARP ADMIN	DÍAS COT.	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905	57443259	$ 42.700

PARAFISCALES: DÍAS COT.	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 542.600

HUJMB JULIO MENDEZ BARRENECHE	**ACTA DE INICIO**	CÓDIGO: GJC25F VERSIÓN: 002 FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 09/1/2025 PÁGINA 1 de 1

ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20261270 DEL 2026

NO. DEL CONTRATO	CD20261270 DEL 2026
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**BAYTER MOZO INGRID ESTHER**
NO. DE IDENTIDAD	**57443269**
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	2301
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 **CD20261270** por otra parte **BAYTER MOZO INGRID 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 24 Días, del mes de MARZO del año 2026.

SUPERVISOR,

LIZETH CARDENAS ZAMBRANO
C.C 1.082.957.906

CONTRATISTA,

Ingrid Bayter M

BAYTER MOZO INGRID ESTHER
CC 57443269

Proyectó: María Camila De Alba
Profesional Administrativo Enfermería