



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  
LESLYE MILENA PONZON ORTIZ identificado con C.C. 1004463565

Fecha de Diligenciamiento: 2026-05-26

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: CD20261254 RP: 1912 CDP: 437

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: 7.800.000,00 VALOR DE HONORARIOS PERIODO: 2.600.000,00

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 2026-03-18 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 Mayo

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

LIZETH PAOLA CARDENAS ZAMBRANO  
1082957906  
UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA

LESLYE MILENA PONZON ORTIZ  
1004463565  
MANZANA 6 CASA 10 BOLIVARIANA  
3013503202  
LESLYEMILEPONZON@GMAIL.COM

## CUENTA DE COBRO

### DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	2026-05-26		
NOMBRES Y APELLIDOS:	LESLYE MILENA PONZON ORTIZ		
DOCUMENTO:	1004463565		
DIRECCIÓN:	MANZANA 6 CASA 10 BOLIVARIANA	TELÉFONO:	3013503202
CORREO ELECTRONICO:	LESLYEMILEPONZON@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:	CD20261254						
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:	1912	CDP:	437	FECHA INICIO:	2026-03-18	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:	91618270071		
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	Mayo						

### FIRMA

*Leslye Ponzon*

LESLYE MILENA PONZON ORTIZ  
C.C. 1004463565 expedida en SANTA MARTA



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

LESLYE MILENA PONZON ORTIZ

CON C.C N° 1.004.463.565

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 MENDEZ BARRENECHE.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. CD20261254 DE FECHA INICIO 18/03/2026

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	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	Observacion y reporte de signos de alarma presentados por sus pacientes
3	Informar las fallas de material y equipo de servicio al lider mas cercano
4	Participar en los programas de enseñanza en servicio para desarrollo del personal, proporcionar orientacion al paciente y al familiar
5	Garantizar que la prestacion del servicio objeto del conrato 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 mendez Barreneche. Adicionalmente la garantia de los servicio ofrecidos debe permitir que esos mantengan su calidad e idoneidad
6	Realizas asepsia general semanal y diaria cuando egrese el paciente, registra en el formato correspondiente
7	Clasificar, ordenar y controlar las lencerías de los servicios a efectos de reposicion de ropas y de vestuarios, relacionandose con los servicio de lavanderia
8	Realizar una adecuada segregacion de los elementos de proteccion personal, residuos hospitalarios que se generan de la atencion de los pacientes de cualquier otro procedimiento y manejo de ropa sucia
9	Recibir, registrar oportunamente los elementos de proteccion 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 contratacion por partes con las agendas establecidas mensuales
11	Realizar notas de enfermería a pacientes asignados en los tiempos reglamentados
12	Prepararel cuerpo del paciente fallecido y entregar al familiar todas las pertenencias personales del mismo, asegurando que se realice de manera respetuosay conforme a los procedimientos establecidos
13	Informar a la enfermera y medico del estado de los pacientes realcinados a su competencia
14	Realizar el seguimiento de la correcta administracion de los medicamentos bajo la supervision de la enfermera, garantizado 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 demas 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:	4649228181	SOI	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	19/05/2026	218,900
PENSIÓN:	PORVENIR	19/05/2026	280,200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	19/05/2026	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:

N°. IDENTIFICACION:

*Leslye Ponzon*  
LESLYE MILENA PONZON ORTIZ  
C.C. 1.004.463.565

