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 CARMEN BETIS SUAREZ MEJIA identificado con C.C. 57428478

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:	CD20261285	RP:	2237	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 Mayo

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

LIZETH PAOLA CARDENAS ZAMBRANO
1082957906
UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA

Scanned with CamScanner

CARMEN BETIS SUAREZ MEJIA
57428478
MANZANA Z-1 CASA 17 BARRIO CONCEPCION II
3022979168
CARMENSUAREZMEJIA@HOTMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2026-05-26**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	CARMEN BETIS SUAREZ MEJIA		
DOCUMENTO:	57428478		
DIRECCIÓN:	MANZANA Z-1 CASA 17 BARRIO CONCE	TELÉFONO:	3022979168
CORREO ELECTRONICO:	CARMENSUAREZMEJIA@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:	CD20261285
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:	2237	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:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	117100078122

CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00

PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Mayo**

FIRMA

Carmen Suarez M.

CARMEN BETIS SUAREZ MEJIA
C.C. 57428478 expedida en SANTA MARTA

Scanned with CamScanner

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA	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

CARMEN BETIS SUAREZ MEJIA

CON C.C 57.428.478

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.	CD20261285	DE FECHA INICIO	20/03/2026

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 especificas del objeto del contrato)
1	Garantizé mi presencia oportuna siempre que se requirió para realizar los procedimientos y labores propias del auxiliar de enfermería en los diferentes servicios de la E.S.E.
2	Observé y reporté oportunamente los signos de alarma que presentaron mis pacientes.
3	Informé las fallas de material y equipo en los servicios al líder más cercano.
4	Participé activamente en los programas de enseñanza en servicio para el desarrollo del personal, y proporcioné orientación tanto al paciente como a sus familiares.
5	Garantizé que la prestación del servicio objeto del contrato cumpliera estrictamente con las características y referencias descritas en el documento correspondiente, ajustándome a las normas de calidad establecidas por la E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche. Además, aseguré que los servicios ofrecidos mantuvieran su calidad e idoneidad.
6	Realicé asepsia general semanal y diaria al egreso de los pacientes, registrando dicha actividad en el formato correspondiente.
7	Clasifiqué, ordené y controlé las lencerías de los servicios, coordinando la reposición de ropa y vestuario con el área de lavandería.
8	Realicé una adecuada segregación de los elementos de protección personal y de los residuos hospitalarios generados en la atención de pacientes, así como en otros procedimientos y en el manejo de ropa sucia.
9	Recibí y registré oportunamente los elementos de protección personal, asegurando su correcto uso y diligenciando adecuadamente los formatos requeridos en los servicios.
10	Desarrollé las actividades definidas según el contrato, cumpliendo con las agendas establecidas mensualmente.
11	Realicé las notas de enfermería de los pacientes asignados dentro de los tiempos reglamentarios.
12	Preparé el cuerpo del paciente fallecido y entregué a sus familiares todas sus pertenencias personales, asegurando un proceso respetuoso y conforme a los procedimientos establecidos.
13	Informé a la enfermera y al médico sobre el estado de los pacientes bajo mi competencia.
14	Realicé seguimiento a la correcta administración de medicamentos bajo la supervisión de la enfermera, garantizando el cumplimiento de los protocolos y el bienestar del paciente.
15	Ejecuté todas las actividades asignadas por el supervisor del contrato, así como las demás dispuestas por el Gerente y que respondieran a las necesidades de la E.S.E.

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	4650747549	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	21/05/2026	$218,900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	21/05/2026	$280,200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	21/05/2026	$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:	Carmen Suarez
N°. IDENTIFICACIÓN:	C.C. 57.428.478

Scanned with CamScanner

HUJMB JULIO MENDEZ BARRENECHE	**ACTA FINAL**	CODIGO GJC26F VERSION 002 FECHA ULTIMA DE REVISION 12/12/2024 PAGINA 1 de 1

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20261285 DEL 2026

NO. DEL CONTRATO	CD20261285 DEL 2026
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	SUAREZ MEJIA CARMEN BETIS
NO. DE IDENTIDAD	57428478
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 SEISVIENTOS 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 EJECUCIÒN	Previa legalización del contrato sin exceder 31 de MAYO de 2026.
CDP	437
REGISTRO PRESUPUESTAL	2237
FECHA DE ACTA DE INICIO	20 DE MARZO DE 2026
FECHA DE TERMINACION CONTRATO	31 DE MAYO DE 2026
ADICION	
CDP DE LA ADICION	N/A
REGISTRO PRESUPUESTAL DE LA ADICION	N/A
PLAZO ADICION	N/A
FORMA DE PAGO ADICION	N/A
FECHA DE TERMINACION DE CONTRATO CON ADICION.	N/A
VALOR ADICION	N/A
VALOR FINAL DEL CONTRATO	N/A
SUPERVISOR DEL CONTRATO	SUBGERENTE CIENTIFICA

Entre los suscritos, **LIZETH CARDENAS ZAMBRANO** mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **CC.1.082.957.906**, expedida en Santa Marta, obrando en calidad de **SUBGERENTE CIENTIFICA**, quien actúa como supervisor del contrato **CD20261285** por otra parte SUAREZ MEJIA CARMEN BETIS, identificado con la cedula de ciudadanía No. 57428478 en su condición de contratista se reunieron para firmar acta de finalización de contrato.

Por último el hospital se declara que no existe emolumento alguno entre las partes y con todo concepto respecto de las obligaciones mutuas pactadas en el contrato prestación de servicios en referencia.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta en el mes de MAYO del año **2026.**

SUPERVISOR,

LIZETH CARDENAS ZAMBRANO
CC. 1.082.957.906

Proyectó: María Cecilia De Alba
Profesional Administrativo Enfermería

CONTRATISTA,

carmen Suarez

SUAREZ MEJIA CARMEN BETIS
57428478

Scanned with CamScanner

Scanned with CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACION:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	57428478
NOMBRE O RAZON SOCIAL:			CARMEN SUAREZ MEJIA
DEPARTAMENTO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
CIUDAD:	CALLE 23 # 85-25	TELÉFONO:	4000000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACION:	UNICO		
ASEGURA EL PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			46510747549	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	abril	AÑO 2026
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/05/21	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1751862687

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	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
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 0	$ 280.200
SUBTOTALES:										$ 280.200	$ 0	$ 280.200

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	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
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900
SUBTOTALES:													$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	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	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 42.700	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 42.700
SUBTOTALES:									$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 42.700

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

RAP	DATOS DEL COTIZANTE: IDENTIFICACIÓN	NOMBRE	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	NOVEDADES: COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	[illegible]	[illegible]	1-INDEPENDIENTES CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO																

RAP	SEGURIDAD SOCIAL: PENSIÓN ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	PARAFISCALES: DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	SLAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905	$ 57428478	$ 42.700				$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 541.800

Planilla Pagada

Scanned with CamScanner