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 EDWIN ALFONSO OSORIO LEOTUR identificado con C.C. 7144701

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 GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

N° CONTRATO:	CD20261554	RP:	2313	CDP:	437
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	7.800.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:			2.600.000,00
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2026-03-24	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

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

EDWIN ALFONSO OSORIO LEOTUR
7144701
CALLE 5A NO.17-129
3004040751
edwinalf_18@hotmail.com

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2026-05-26**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	EDWIN ALFONSO OSORIO LEOTUR		
DOCUMENTO:	7144701		
DIRECCIÓN:	CALLE 5A NO.17-129	TELÉFONO:	3004040751
CORREO ELECTRONICO:	edwinalf_18@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:	CD20261554
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

RP:	2313	CDP:	437	FECHA INICIO:	2026-03-24	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:	77900049673

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

PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Mayo**

FIRMA

Edwin OSorio

EDWIN ALFONSO OSORIO LEOTUR
C.C. 7144701 expedida en SANTA MARTA

Scanned with CamScanner

	FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	CODIGO GJCZF VERSION 003 FECHA DE ULTIMA REVISION 22/08/2024

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y

EDWIN ALFONSO OSORIO LEOTUR

CON C.C* 7144701

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.	**CD20261554**	**DE FECHA INICIO**	**24/03/2026**

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	Recibíy entregué elturno de acuerdo con la guía.
2	Asistía las capacitaciones programadas porla institución para eladiestramiento delservicio, asícomo elmanejo de equipos y guías de prácticas clínicas de la unidad de diálisis.
3	Proporcioné atención de enfermería apacientes deconsulta externa y hospitalizados según las necesidades físicas, fisiológicas, psicológicas y sociales (toma designos vitales, baño en cama, asistí en la alimentación, toma de glucometría, cambios de posición, arreglo de la unidad, toma de muestra de laboratorio, realicé venopunción y verifiqué signos
4	Asistíal paciente en la alimentación enteraly parenteral.
5	Informésobre las fallas de materialy equipos de servicios.
6	Realicé las respectivas solicitudes y devoluciones a farmacia de insumos o medicamentos de los pacientes que ingresaron y egresaron bajo la supervisión de la enfermera.
7	Recibíy entreguéa los pacientes a los diferentes servicios con la lista de chequeo correspondiente.
8	Asistía la ronda médicas y durante los procedimientos de estos
9	Apoyé alpersonal de enfermeras en los procedimientos (curaciones, colocación y retiro de sonda vesical, sonda nasogástrica, ECG, y otros procedimientos) y en marcar los rótulos en la hora de instalar el medicamento
10	Realicé durante elturno, seguimiento diarioy registrartodas las actividadesy evoluciones delpaciente en la historia clínica (notas de Enfermería), en los tiempos reglamentados
11	Observéy reporté de signos de alarma presentados porsus pacientes
12	Informéa la profesional especializada de seguridaddel paciente los incidentes, eventos adversos y participar en reuniones para estudio de estosy todos los que deriven de la atención delpaciente
13	Proporcionéorientación al paciente y familiar
14	Atendía los pacientes con trato humanizado en elturno y / oárea a asignada de la E.S.E
15	Realicé asepsia generalsemanal y diaria cuando egrese el paciente, registrar en el formato correspondiente.
16	Clasifiqué, ordenéy controlé las lencerías de los servicios a efectos de reposición de ropas y devestuario, relacionándose con los servicios de lavandería.
17	Realicé 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.
18	Recibí, registré oportunamente los elementos de protección personaly cumplir con elcorrecto uso de estos.
19	Hicélosusoscorrectos de administración de medicamentos
20	Me Adhería protocolos, guíasy procedimientos requeridos en la prestación delservicio.
21	Condujea los usuarios a losdistintos servicios y a otras instituciones de salud.
22	Informéa la enfermera y médicosobre la fuga delpaciente. Realicéseguimientoa la administración de los medicamentos por la enfermera (farmacovigilancia).
23	Realicé procesos de esterilización del instrumental, insumos y dispositivos médicos, comprobando el correcto empaquetamiento de este y el cumplimiento de los registros específicos.
24	aparatos,y cumplimentélos registros específicos.
25	Ayudéalmédico en las maniobras de"soporte vital básico" (SVB) y "soportevitalavanzado" (SVA) que se aplicaron al enfermo crítico.
26	Movilicé e inmovilicé al paciente con seguridad y rapidez, en problemas traumatológicos y psiquiátricos, etc.
27	Alrealizar el traslado de un paciente a otro servicio o por medio de la ambulancia, antes: Recibílas órdenes del servicio, informé a los familiares que se le iban a realizar los procedimientos y debían estar listos media hora antes, verifiqué el nombre del paciente, número de cama asignada, verifiqué el estado del paciente, para ver si se podía transportar en silla de ruedas o en camilla, verifiqué el acompañamiento del familiar, miré las condiciones de las venas, si estaban permeables y con angiocath N o. 18 y reciente.
28	Verifiqué que estuviera diligenciado el consentimiento para transfusiones sanguíneas, autorización de procedimientos quirúrgicos y de anestesia, y declaración de retiro voluntario.
29	Llené el formato de transfusión sanguínea antes, durante y después de la transfusión.
30	Actualicé elKardexy las tarjetas demedicamento si la enfermera no se encontraba o estaba ocupada.
31	Controlé las entradasy salidas de historias clínicas demi consultorio (prestación de historias clínicas).
32	Colaboré en el aprovisionamiento de los materiales en la sala de diálisis, etc.
33	Recogílas facturas de los pacientes y verifiqué que aparecieran en el sistema.
34	Garantizé la presenciaoportuna, cuando se requirió hacer los procedimientos y labores propias delauxiliar de enfermería en cualquier servicio de la E.S.E.
35	Respondípor los daños y perjuicios en salud quese le generaron a un usuario por mi negligencia, omisión, descuido, olvido, exceso ocualquierotra acción imputablea miculpa.
36	Tuvecomunicación las 24 horas del día para mi fácil ocalización en casos de urgencias, para lo cualcertifiqué einúmero telefónico.
37	La suspensión, cancelación y atrasos en la prestación de los servicios por incumplimiento en los turnos asignados sin justificación que ocasionaron trastornos y/o alteraciones en la oportunidad de la prestación del servicio, fueron objeto de glosas de la orden que se generó; el incumplimiento a un turno nocturno no tuvo derecho al descanso.
38	El valor mensual facturado dependió de las actividades contratadas y cumplidas por mí, verificadas por el supervisor del contrato.
39	Bajo la resolución 1955 de 1999 y 839 del 2017 Cumplircon eldiligenciamiento de los RIPS, formatos de seguimiento, evaluación, facturación y registro propios de la E.S.E.
40	Desarrollélas actividades definidas deacuerdo a contratacióndefinida por partes con las agendas deturno y horas establecidas mensuales (160h).
41	Garantizé que la prestación de servicio objeto delcontrato cumpliera estrictamente con las características y referencias descritas en el presente documento, ajustándose a las normas de calidad de conformidad con lo establecido por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche. Adicionalmente, garantizando que los servicios ofrecidos mantuvieran su calidad eidoneidad.

Scanned with CamScanner

42	Ayudéa la enfermera durante la asistenda a los pacientes.
43	Ayudéotransportéa los pacientesa la sala de diálisis y a otros lugares de la institución (estudio, médico, etc.).
44	Preparéy distribuí la dieta prescrita.
45	Limpié los monitores.
46	Realicétodasycada una de las actividades que asignó elsupervisor delcontrato y las demás quedeterminó el Gerente, y que sederivaron de las necesidades de la E.S.E.

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**4651218167**	**OPERADOR:**	**SOI**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SANITAS**	**22/05/2026**	**$ 218,900**
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**	**22/05/2026**	**$ 280,200**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**22/05/2026**	**$ 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:	Edwin Osorio
N°. IDENTIFICACIÓN:	**C.C. 7144701**

Scanned with CamScanner

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO 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. CD20261554 DEL 2026

NO. DEL CONTRATO	CD20261554 DEL 2026
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	OSORIO LEOTUR EDWIN ALFONADO
NO. DE IDENTIDAD	7144701
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 EJECUCIÓN	Previa legalización del contrato sin exceder 31 de MAYO de 2026.
CDP	437
REGISTRO PRESUPUESTAL	2313
FECHA DE ACTA DE INICIO	24 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 **CD20261554** por otra parte OSORIO LEOTUR EDWIN ALFONADO, identificado con la cedula de ciudadanía No. 7144701 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 Camila De Alba
Profesional Administrativo Enfermeria

CONTRATISTA,

Edwin Osorio

OSORIO LEOTUR EDWIN ALFONADO
7144701

COPIA

Scanned with CamScanner

Scanned with CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	7144701
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	EDWIN ALFONSO OSORIO LEOTUR
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA
DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	CLL 5A # 17 -129 LOS ALMENDROS
TELÉFONO:	9999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE
CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA
ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA:	4651218167
TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES abril AÑO 2026
PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES abril AÑO 2026
DÍAS DE MORA:	17
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/05/22
NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9966870467

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA 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	$ 3.500	$ 0	$ 280.200	$ 3.500	$ 283.700
SUBTOTALES:										$ 280.200	$ 3.500	$ 283.700

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA 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
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 2.700	$ 0	$ 218.900	$ 2.700	$ 0	$ 221.600
SUBTOTALES:													$ 218.900	$ 2.700	$ 0	$ 221.600

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA 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	$ 600	$ 0	$ 43.300
SUBTOTALES:									$ 42.700	$ 600	$ 0	$ 43.300

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

#	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	CDM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 7144701	OSORIO LEOTUR EDWIN ALFONSO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN 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
25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
EPS005-SANITAS S.A	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900

SEGURIDAD SOCIAL — ARP

ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905	7144701	$ 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: $ 548.600

Planilla Pagada

Scanned with CamScanner