HJMB 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 JULIETH PAOLA FONTALVO MONTERO Identificado con C.C. 1082962833

Fecha de Diligenciamiento:	2026-05-26

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:	CD20261418	RP:	2252	CDP:	437
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	11.100.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:		3.700.000,00	
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2026-03-20	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

JULIETH PAOLA FONTALVO MONTERO
1082962833
MANZANA 5 CASA 4 B/ MINUTO DE DIOS
3217561650
JULIPFONTALVO@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2026-05-26**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	JULIETH PAOLA FONTALVO MONTERO		
DOCUMENTO:	1082962833		
DIRECCIÓN:	MANZANA 5 CASA 4 B/ MINUTO DE DIO	TELÉFONO:	3217561650
CORREO ELECTRONICO:	JULIPFONTALVO@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:	CD20261418						
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:	2252	CDP:	437	FECHA INICIO:	2026-03-20	FECHA FINAL:	2026-05-31
VALOR CONTRATO:	11.100.000,00			VALOR A PAGAR:	3.700.000,00		
BANCO A CONSIGNAR:	Bbva			TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	68902644
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Mayo**						

FIRMA

JULIETH PAOLA FONTALVO MONTERO
C.C. 1082962833 expedida en SANTA MARTA

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. CD20261418 DEL 2026

NO. DEL CONTRATO	CD20261418 DEL 2026
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	FONTALVO MONTERO JULIETH PAOLA
NO. DE IDENTIDAD	1082962833
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	2252
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 **CD20261418** por otra parte FONTALVO MONTERO JULIETH PAOLA, identificado con la cedula de ciudadanía No. 1082962833 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: Maria Cecilia De Alba
Profesional Administrativo Enfermería

CONTRATISTA,

FONTALVO MONTERO JULIETH PAOLA
1082962833

Scanned with CamScanner

HUMB HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ 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

JULIETH PAOLA FONTALVO MONTERO

CON C.C Nº 1.082.962.833

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 ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20261418	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)/I. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO
1	Planear,organizar,dirigir,realizarlas gestiones necesarias para lograr el funcionamiento de los servicios de acuerdo a los planes y programas establecidos
2	Realizarrondas de seguridad de paciente diaria:Identificacion de paciente,Venopunciones,Equipos invasivos,segregacion de residuos hospitalarios,orden y aseo de los s
3	Verificarla aplicacion de las listas de chequeo para el control en la prevencion de infeciones y procesos basicos de enfermeria
4	Velarpor el cumplimiento de loa protocologos,procesos y formatos de los diferentes servicios, ejemplo, el ingreso y salida de los auxiliares de enfermeria
5	Comprobarla realizacion de la asepsia en los diferentes servicios y que se encuentre bien organizado los sitios de trabajo
6	Vigilary controlar el uso adecuado de los registros de enfermeria(expediente clinico,censo,registros estadisticos,planes de asignacion rotacion,etc). y asegurar la actualiz
7	Detectar la necesidad de material/equipo de los servicios y gestionar la adquisicion.
8	Verificar que se cumpla con la notoficacion inmediata de los eventos adversos y/o incidentes que se presenten en la atencion de pacientes
9	Verificacion de la preparacion adecuada de los estudios y cirugia.
10	Verificar el registro de las curaciones de las enfermeras asistenciales.
11	Asistira las reuniones y rondas medicas y de enfermeria de su area para estar al tanto del proceso de atencion y cuidado de los pacientes.
12	Realizarla notoficacion de daños y realizar rondas conjuntamentecon el area de mantenimiento.
13	Informar por escrito,diarlamente a coordinacion los inconvenientes presentados en cada servicio.
14	Proporcionaratencion de enfermeria a pacientes hospitalizados según las necesidades fisicas,fisiologicas,psicologicas y sociales según lo establecido en el plan de atenc
15	Apoyar en el manejo y control de material y euipos en la atencion del paciente
16	Diligenciary entregar historias clncias a facturacion de pacientes que tengan egresos en el orden establecidos
17	Cumplircon el diligenciamiento de los RIPS, formatos,instrumentos de control,seguimiento,evaluacion de ,la E.S.E.
18	Verificar el correcto diligenciamiento del formato SIVIGILA.
19	Actulizar cardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo a los cambios efectuados por el medico tratante en la evolucion y orden ,en los diferentes turnos.(Corrido-Noche)
20	Administracion de medicamentos de acuerdo al protocologo institucional.
21	Supervisary cumplir con la correcta segregacion de los elementos de prteccion personal y manejo de ropa sucia
22	Deberealizar un informe detallado sobre las actividades realizadas y cumplimineto de las mismas,según la secuencia establecida por la Unidad funcional de Enfermeria
23	Apoyar en la supervision e inpeccion oportuna al carro de paro,equipos biomedicos con los que cuenta el servicio,hacer las respectivas anotaciones a que hallan lugar se
24	Gestionarla informacion ,y/o documentos fisicos,ordenes de procedimientos que se genere en el servicio de acuerdo a las necesidades del paciente y normatividad.
25	Garantizar que la prestacion de servicio objeto del contrato cumplan estrictamente con las caracteristicas y referenencias descritas en el presente documento de las cuale
26	Cumplircon lo establecido en la resolucion 3280 de 2018. de manera que se garantice la efectividad y oportuna atencion definida en la Ruta Integral de Atencion Materno

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9503521772	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	25/05/2026	$ 218.900
PENSIÓN:	PROTECCION	25/05/2026	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	25/05/2026	$ 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 fotograficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

FIRMA DEL CONTRATISTA:	
Nº. IDENTIFICACIÓN:	1.082.962.833

Scanned with CamScanner

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1082962833		FONTALVO MONTERO JULIETH PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	manzana 5 casa 4 minuto de Dios	SANTA MARTA-MAGDALENA	4301284	no

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	93004621	95031521772	I	2026/05/11	2026/05/25	BANCO DE OCCIDENTE	14	$547,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres			Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)							$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$210,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)							$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$210,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)							$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$210,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
1	CC	1082962833	FONTALVO JULIETH	230301	30		$1,750,905	$280,200	EPS010	30	$1,750,905	$210,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,750,905	$42,700	0	$0	$0
Total Afiliados(1)							$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$210,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0

2026/05/25 09:36 AM

Scanned with CamScanner

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1082962833		FONTALVO MONTERO JULIETH PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	manzana 5 casa 4 minuto de Dios	SANTA MARTA-MAGDALENA	4301586	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	93004621	9503521772	I	2026/05/11	2026/05/25	BANCO DE OCCIDENTE	14	$547,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)								
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$2,900	$0	$283,100
				1	$280,200	$2,900	$0	$283,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)								
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$42,700	$500	$0	$43,200
				1	$42,700	$500	$0	$43,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)								
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$218,900	$2,200	$0	$221,100
				1	$218,900	$2,200	$0	$221,100
TOTAL				1	$541,800	$5,600	$0	$547,400

Scanned with CamScanner