

**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  
ORIANA MARCELA RADA BOLAÑO identificado con C.C. 1082955125**

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: CD20261332 RP: 2056 CDP: 437

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: 7.800.000,00 VALOR DE HONORARIOS PERIODO: 2.437.500,00

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 2026-03-19 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

ORIANA MARCELA RADA BOLAÑO  
1082955125  
MZ39 C10 LIBANO 2000  
4359844  
marcela.rada92@gmail.com

## CUENTA DE COBRO

### DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	2026-05-26		
NOMBRES Y APELLIDOS:	ORIANA MARCELA RADA BOLAÑO		
DOCUMENTO:	1082955125		
DIRECCIÓN:	MZ39 C10 LIBANO 2000	TELÉFONO:	4359844
CORREO ELECTRONICO:	marcela.rada92@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:	CD20261332						
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:	2056	CDP:	437	FECHA INICIO:	2026-03-19	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:	055048845534421		
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	<b>Mayo</b>						

### FIRMA

*ORIANA RADA*

ORIANA MARCELA RADA BOLAÑO  
C.C. 1082955125 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 Y

**ORIANA MARCELA RADA BOLAÑO**

CON C.C N° 1.082.955.125

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. CD20261332 DE FECHA INICIO 19/03/2026

II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades especificas del objeto del contrato)

- 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.
- Observación y reporte de signos de alarma presentados por sus pacientes.
- Informar las fallas de material y equipo de servicios, al líder más cercano.
- Participar en los programas de enseñanza en servicio para desarrollo de personal Proporcionar orientación al paciente y familiar.
- 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.
- Realizar asepsia general semanal y diaria cuando egrese el paciente, registrar en el formato correspondiente.
- Clasificar, ordenar y controlar las lencerías de los servicios a efectos de reposición de ropas y de vestuario, relacionándose con los servicios de lavandería.
- 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.
- Recibir, registrar oportunamente los elementos de protección personal y cumplir con el correcto uso de estos. Diligenciar correctamente los formatos requeridos en los servicios.
- Desarrollar las actividades definidas de acuerdo a contratación definido por partes con las agendas establecidas mensuales.
- Realizar notas de Enfermería a pacientes asignados en los tiempos reglamentados.
- 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.
- Informar a la enfermera y médico del estado de los pacientes relacionados a su competencia.
- 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.
- 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. INFORMACION DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	4654622031	SOI	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	22/05/2026	281,700
PENSIÓN:	PORVENIR	22/05/2026	220,100
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	22/05/2026	42,700

IV. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

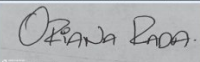
- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
- Que realicé el pago de la Seguridad Social por el valor que exige la Ley, pago del cual anexo copia simple.
- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

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:

  
ORIANA MARCELA RADA BOLAÑO

N°. IDENTIFICACIÓN:

C.C. 1.082.955.125



ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20261332 DEL 2026

NO. DEL CONTRATO	CD20261332 DEL 2026
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	RADA BOLAÑO ORIANA MARCELA
NO. DE IDENTIDAD	1082955125
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	2056
FECHA DE ACTA DE INICIO	19 DE MARZO DE 2026
FECHA DE TERMINACION CONTRATO	31 DE MAYO DE 2026
<b>ADICION</b>	
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 **CD20261332** por otra parte **RADA BOLAÑO ORIANA MARCELA**, identificado con la cedula de ciudadanía No. 1082955125 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

Proyecto: María Carolina De Alba  
Profesional Administrativo Enfermería

CONTRATISTA,

  
**RADA BOLAÑO ORIANA MARCELA**  
1082955125