SILVANA MARIA ALVARADO OSORIO
36723396
MANZANA 26 CASA 1 EL PANDO
3165830881
SILVANA302608@GMAIL.COM

# CUENTA DE COBRO

## DATOS PERSONALES

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Diligenciamiento:** | **2026-02-26** | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS: | SILVANA MARIA ALVARADO OSORIO | | |
| DOCUMENTO: | 36723396 | | |
| DIRECCIÓN: | MANZANA 26 CASA 1 EL PANDO | TELÉFONO: | 3165830881 |
| CORREO ELECTRONICO: | SILVANA302608@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: | CD20260076 | | | | | | |
| 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: | 184 | CDP: | 2 | FECHA INICIO: | 2026-01-09 | FECHA FINAL: | 2026-02-28 |
| VALOR CONTRATO: | 5.200.000,00 | | | VALOR A PAGAR: | 2.600.000,00 | | |
| BANCO A CONSIGNAR: | BANCO DE BOGOTA | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | No. CUENTA: | 564847762 | | |
| CDP - ADICION: | N/A | RP - ADICION: | N/A | VALOR ADICION: | 0,00 | | |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **Febrero** | | | | | | |

## FIRMA

SILVANA MARIA ALVARADO OSORIO
C.C. 36723396 expedida en SANTA MARTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| HJMB 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 SILVANA MARIA ALVARADO OSORIO identificado con C.C. 36723396**

| Fecha de Diligenciamiento: | 2026-02-26 |
|---|---|

## 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: | CD20260076 | RP: | 184 | CDP: | 2 |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO: | 5.200.000,00 | VALOR DE HONORARIOS PERIODO: | | | 2.600.000,00 |
| FECHA DEL ACTA DE INICIO: | 2026-01-09 | FECHA DE FINALIZACION: | | | 2026-02-28 |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | MILCIADES OSORIO SANCHEZ | | | | |
| UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADO CRÍTICO | | | | |

## 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 Febrero

## V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

MILCIADES OSORIO SANCHEZ
8742789
UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADO CRÍTICO

| | | |
|---|---|---|
| E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA | FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO | CODIGO: GJC23F<br>VERSION: 003<br>FECHA DE ULTIMA REVISION: 22/08/2024<br>PAGINA 1 de 1 |

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

**SILVANA MARIA ALVARADO OSORIO**

**CON C.C Nº 36723396**

**I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN 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.** | CD20260076 | **DE FECHA INICIO** | 09/01/2026 |

| 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 | Garantizar la presencia oportuna, cuando se requiera hacer losprocedimientos y labores propias del auxiliar de enfermería en cualquierservicio de la E.S.E |
| 2 | Observación y reporte de signos de alarma presentados por suspacientes |
| 3 | Informar las fallas de material y equipo de servicios, al líder máscercano. |
| 4 | Participar en los programas de enseñanza en servicio para desarrollo depersonal Proporcionar orientación al paciente y familiar |
| 5 | 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. |
| 6 | Realizar asepsia general semanal y diaria cuando egrese el paciente registrar en el formato correspondiente. |
| 7 | Clasificar, ordenar y controlar las lencerías de los servicios a efectos dereposición de ropas y de vestuario, relacionándose con los servicios delavandería. |
| 8 | Realizar una adecuada segregación de los elementos de protecciónpersonal, residuos hospitalarios que se generen de la atención de lospacientes, de cualquier otro procedimiento y manejo de ropa sucia. |
| 9 | Recibir, registrar oportunamente los elementos de protección personal ycumplir con el correcto uso de estos. Diligenciar correctamente los formatosrequeridos en los servicios |
| 10 | Desarrollar las actividades definidas de acuerdo a contratación definidopor partes con las agendas establecidas mensuales |
| 11 | Realizar notas de Enfermería a pacientes asignados en los tiemposreglamentados |
| 12 | Preparar el cuerpo del paciente fallecido y entregar al familiar todas laspertenencias personales del mismo, asegurando que se realice de manerarespetuosa y conforme a los procedimientos establecidos.. |
| 13 | Informar a la enfermera y médico del estado de los pacientesrelacionados a su competencia. |
| 14 | Realizar el seguimiento de la correcta administración de losmedicamentos bajo la supervisión de la enfermera, garantizando elcumplimiento de los protocolos establecidos y el bienestar del paciente. |
| 15 | Realizar todas y cada una de las actividades que asigne el supervisordel contrato y las demás que determine el Gerente, y que se deriven de lasnecesidades de la E.S.E. |

**III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | 6004683358 | **OPERADOR:** | **SOI** |
| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
| **SALUD:** | SALUD TOTAL | 25/02/2026 | 218.900 |
| **PENSIÓN:** | PORVENIR | 25/02/2026 | 280.200 |
| **RIESGOS LABORALES:** | SURA | 25/02/2026 | 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:** | Silvana Alvarado |
| **Nº. IDENTIFICACIÓN:** | **36723396** |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 36723396 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | SILVANA MARIA ALVARADO OSORIO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | SANTA MARTA | DEPARTAMENTO: | MAGDALENA |
| DIRECCIÓN: | MZ 25 CASA 1 EL PANDO | TELÉFONO: | 7777777 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | 6004683358 | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | enero AÑO | 2026 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | enero AÑO | 2026 |
| DÍAS DE MORA: | | | 2 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2026/02/25 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | 88087749 |

### TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 280,200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 400 | $ 0 | $ 280,200 | $ 400 | $ 280,600 |
| SUBTOTALES | | | | | | | | | | $ 280,200 | $ 400 | $ 280,600 |

### TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 218,900 | $ 0 | $ 300 | $ 0 | $ 218,900 | $ 300 | $ 0 | $ 219,200 |
| SUBTOTALES | | | | | | | | | | | | | $ 218,900 | $ 300 | $ 0 | $ 219,200 |

### TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 42,700 | $ 42,700 | $ 100 | $ 0 | $ 42,800 |
| SUBTOTALES | | | | | | | | | $ 42,700 | $ 100 | $ 0 | $ 42,800 |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº | 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 | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ADMIN | DÍAS COT. | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT. | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT. | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT. | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 36723396 | ALVARADO OSORIO SILVANA MARIA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1,750,905 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 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 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1,750,905 | 36723396 | $ 42,700 | 30 | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 542,600**

Planilla Pagada

| | | |
|---|---|---|
| HJMB JULIO MÉNDEZ BARRENECHE | **ACTA FINAL** | CODIGO GJC26F<br>VERSION 002<br>FECHA ULTIMA DE REVISION 12/12/2024<br>PAGINA 1 de 1 |

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20260076 DEL 2026

| | |
|---|---|
| **NO. DEL CONTRATO** | CD20260076 DEL 2026 |
| **NOMBRE DEL CONTRATANTE** | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | SILVANA MARIA ALVARADO OSORIO |
| **NO. DE IDENTIDAD** | 36723396 |
| **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 |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO** | CINCO MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/L. ($5.200.000) |
| **FORMA DE PAGO** | El HUJMB cancelará al CONTRATISTA (2) cuota(s), por valor de DOS MILLONES SEISCIENTOS 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 28 de FEBRERO de 2026. |
| **CDP** | 2 |
| **REGISTRO PRESUPUESTAL** | 184 |
| **FECHA DE ACTA DE INICIO** | 9 DE ENERO DE 2026 |
| **FECHA DE TERMINACION CONTRATO** | 28 DE FEBRERO 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** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD DE HOSPITALIZACION Y CUIDADO CRITICO |

Entre los suscritos, **MILCIADES OSORIO SANCHEZ**, mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **CC.8.742.789**, expedida en Santa Marta, obrando en calidad de **PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL HOSPITALIZACION Y CUIDADO CRITICO**, quien actúa como supervisor del contrato **CD20260076** por otra parte SILVANA MARIA ALVARADO OSORIO, identificado con la cedula de ciudadanía No. 36723396 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 FEBRERO del año 2026.

SUPERVISOR,

**MILCIADES OSORIO SANCHEZ**
**CC. 83.742.789**

CONTRATISTA,

**SILVANA MARIA ALVARADO OSORIO**
**36723396**

Proyectó: Maria Camila De Alba
Profesional Administrativo Enfermeria

COPIA

Powered by CamScanner