LILIANA BEATRIZ MAESTRE CARDENAS
57432434
MANZANA 36 CASA 5 - CIUDADELA 29 DE JULIO
4352421
CADIAZGRANADOS@HOTMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2026-03-30**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	LILIANA BEATRIZ MAESTRE CARDENAS		
DOCUMENTO:	57432434		
DIRECCION:	MANZANA 36 CASA 5 - CIUDADELA 29 [	TELÉFONO:	4352421
CORREO ELECTRONICO:	CADIAZGRANADOS@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:	CD20261234
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:	1899	CDP:	437	FECHA INICIO:	2026-03-18	FECHA FINAL:	2026-05-31

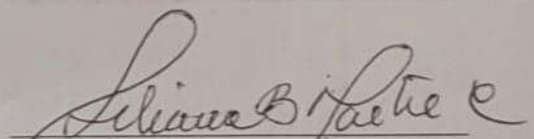
VALOR CONTRATO:	7.800.000,00	VALOR A PAGAR:	2.600.000,00

BANCO A CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	564847531

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

PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Marzo**

FIRMA



LILIANA BEATRIZ MAESTRE CARDENAS
C.C. 57432434 expedida en SANTA MARTA

HJMB 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 LILIANA BEATRIZ MAESTRE CARDENAS identificado con C.C. 57432434

Fecha de Diligenciamiento:	2026-03-30

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:	CD20261234	RP:	1899	CDP:	437
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	7.800.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:		2.600.000,00	
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2026-03-18	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 Marzo

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

LIZETH PAOLA CARDENAS ZAMBRANO
1082957906
UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	57432434	
		LILIANA BEATRIZ MAESTRE CARDENAS	
SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA	
CLL 28 3I5 N 7D 17 LA ESPERANZA	TELÉFONO:	4352421	
03-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE	
PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act	
ÚNICO		NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA			4635796622	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	diciembre	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	diciembre	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:			18				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/01/27	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			0995515234

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14 COLPENSIONES	1	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.600	$ 0	$ 227.800	$ 2.600	$ 230.400
									$ 227.800	**$ 2.600**	**$ 230.400**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 2.000	$ 0	$ 178.000	$ 2.000	$ 0	$ 180.000
												$ 178.000	**$ 2.000**	**$ 0**	**$ 180.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 34.700	$ 34.700	$ 400	$ 0	$ 35.100
								$ 34.700	**$ 400**	**$ 0**	**$ 35.100**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE								NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																								PENSIÓN								SALUD						ARP													
	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EN EXTERIOR	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	INP	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	ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
	01-DEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.423.500				640															25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500	57432434	$ 34.700	30	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 445.500

Planilla Pagada

E.S.E. 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 LILIANA BEATRIZ MAESTRE CARDENAS CON C.C Nº 57432434			
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.	CD20261234	DE FECHA INICIO	18/3/2026

	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)
1	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
2	OBSERVACION Y REPORTE DE SIGNOS DE ALARMA PRESENTADOS POR SUS PACIENTES
3	INFORMAR LAS FALLAS DE MATERIAL Y EQUIPO DE SERVICIOS, AL LÍDER MÁS CERCANO
4	PARTICIPAR EN LOS PROGRAMAS DE ENSEÑANZA EN SERVICIO PARA DESARROLLO DE PERSONAL
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 MÉDEZ BARRENECHE, ADICIONALMENTE LA
6	REALIZAR ASEPSIA GENERAL SEMANAL Y DIARIA CUANDOEGRESE EL PACIENTE,REGISTRAR EN EL FORMATO CORRESPONDIENTE.
7	CLASIFICAR, ORDENAR Y CONTROLAR LAS LENCERÍAS DE LOS SERVICIOS A EFECTOS DE REPOSICIÓN DE ROPAS Y DE VESTUARIO, RELACIONÁNDOSE CON LOS SERVICIOS DE LAVANDERÍA
8	REALIZAR UNA ADECUADA SEGREGACIÓN DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓNPERSOBNAL, RESIDUOS HOSPITALARIOS QUE SE GENERAN DE LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES, DE CUALQUIER OTRO PROCEDIMIENTO Y MANEJO DE ROPA SUCIA
9	RECIBIR, REGISTRAR OPORTUNAMENTE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y CUMPLIR CON EL CORRECTO USO DE ESTOS. DILIGENCIAR CORRECTAMENTE LOS FORMATOS REQUERIDOS EN LOS SERVICIOS
10	DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES DEFINIDAS DE ACUERDO A LA CONTRATACIÓN DEFINIDA POR PARTES CON LAS AGENDAS ESTABLECIDAS MENSUALES
11	REALIZAR NOTAS DE ENFERMERÍA A PACIENTES ASIGNADOS EN LOS TIEMPOS REGLAMENTADOS
12	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
13	INFORMAR A LA ENFEMERA Y MÉDICO DEL ESTADO DE LOS PACIENTES RELACIONADOS A SU COMPETENCIA
14	REALIZAR EL SEGUIMIENTO DE LA CORRECTA ADMINISTRACIÓN DE LOS MEDICAMENTES BAJO LA SUPERVISIÓN DE LA ENFERMERA, GARANTIZANDO EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS Y EL BIENESTAR DEL PACIENTE
15	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. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	4643914138	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	24/3/2025	218,900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	24/3/2025	280,200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	24/3/2025	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:	Liliana B Maestre
N°. IDENTIFICACIÓN:	CC.57432434

HUJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	ACTA DE INICIO	CÓDIGO: GJC258 1 VERSIÓN: 002 FECHA DE ULTIMA REVISIÓN: 09/1/2025 PAGINA 1 de 1

ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20261234 DEL 2026

NO. DEL CONTRATO	CD20261234 DEL 2026
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	MAESTRE CARDENAS LILIANA BEATRIZ
NO. DE IDENTIDAD	57432434
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 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 31 de MAYO de 2026.
CDP	437
REGISTRO PRESUPUESTAL	1899
SUPERVISOR DEL CONTRATO	SUGGERENTE CIENTIFICA

Entre los suscritos, **LIZETH CARDENAS ZAMBRANO**, mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **1.082.957.906**, obrando en calidad de **SUBGERENTE CIENTIFICA** quien actúa como supervisor del contrato **CD20261234** por otra parte **MAESTRE CARDENAS LILIANA BEATRIZ** en calidad de contratista quienes se reúnen para dar inicio al contrato en mención, cuyo objeto es el mencionado en la parte superior del presente documento.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta a los 18 Días, del mes de MARZO del año 2026.

SUPERVISOR,

LIZETH CARDENAS ZAMBRANO
C.C 1.082.957.906

Profesional Administrativo Enfermeria

CONTRATISTA,

MAESTRE CARDENAS LILIANA BEATRIZ
CC 57432434