| | | | |
|---|---|---|---|
| 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 ANILCY CARINA RIVADENEIRA ALVAREZ identificado con C.C. 39049362**

| 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: | CD20261236 | RP: | 1926 | 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



Powered by CamScanner

ANILCY CARINA RIVADENEIRA ALVAREZ
39049362
K 16 # 477 20 DE JULIO
3243004190
JPRA1819@GMAIL.COM

# CUENTA DE COBRO

## DATOS PERSONALES

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Diligenciamiento:** | **2026-03-30** | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS: | ANILCY CARINA RIVADENEIRA ALVAREZ | | |
| DOCUMENTO: | 39049362 | | |
| DIRECCIÓN: | K 16 # 477 20 DE JULIO | TELÉFONO: | 3243004190 |
| CORREO ELECTRONICO: | JPRA1819@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: | CD20261236 | | | | | | |
| 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: | 1926 | 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: | DAVIVIENDA | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | No. CUENTA: | 11700081464 |
| CDP - ADICION: | N/A | RP - ADICION: | N/A | VALOR ADICION: | 0,00 | | |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **Marzo** | | | | | | |

## FIRMA

Anilcy Rivadeneira

ANILCY CARINA RIVADENEIRA ALVAREZ
C.C. 39049362 expedida en SANTA MARTA

Powered by CamScanner

| | ACTA DE INICIO | CÓDIGO: GJC23F<br>VERSIÓN: 002<br>FECHA DE ULTIMA REVISIÓN: 09/1/2025<br>PÁGINA 1 de 1 |
|---|---|---|

**ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20261236 DEL 2026**

| | |
|---|---|
| NO. DEL CONTRATO | CD20261236 DEL 2026 |
| NOMBRE DEL CONTRATANTE | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA<br>NO. DE IDENTIDAD | RIVADENEIRA ALVAREZ ANILCY CARINA<br>39049362 |
| 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 | 1926 |
| 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 **CD20261236** por otra parte **RIVADENEIRA ALVAREZ ANILCY CARINA** 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 Enfermería

CONTRATISTA.

RIVADENEIRA ALVAREZ ANILCY CARINA
CC 39049362



Powered by CamScanner

| | | |
|---|---|---|
| HUMB HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | 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<br>ANILCY CARINA RIVADENEIRA ALVAREZ<br>CON C.C N°39.049.362 | | | |
|---|---|---|---|
| **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. | CD20261236 | DE FECHA INICIO | 18/3/2026 |

| ITEM | II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO<br>(Deben ser coherentes con las actividades especificas del objeto del contrato) |
|---|---|
| 1 | Recibir y entregar turno de acuerdo a las guias establecidas |
| 2 | Observa y reporta signos de alarmas presentados por los pacientes |
| 3 | Informa las fallas de material y equipos del servicio, al lider mas cercano |
| 4 | Participa en los programas de ensefianzas en servicio de desarrollo de personal proporcionar orientacion al lpaciente y familiar |
| 5 | Garantiza que la prestacion de servicio objeto del contrato cumplan estrictamente con las caracteristicas y referencias descritas en el presente contrato Las cuales se deben ajustar a las normas de calida de conformidad con lo establecido en la E S E Hospital universitario Julio Mendez Barreneche Adicionalmente la garantia de los servicios ofrecidos deben permitir que estos se mantengan su calidad e idionidad |
| 6 | Realiza asepsia general semanal y diaria cuando agres el paciente, y registra en el formato correspondiente |
| 7 | Clasificar,ordenar y controlar las lenceria de los servicios a efectos de reposicion de ropas y de vestuario,relacionadose con los servicios de lavanderia |
| 8 | Realiza una adecuada segregacion de los elemantos de proteccion personal,residuos hospitalarios que se generen de la atencion de los pacientes,dacualquier procedimento y manejo de ropa sucia |
| 9 | Recibi y registra oportunamente los elemantos de proteccion personaly cumplir con el correcto uso de estos Diligenciar correctamente los formatos requeridos por en los servicios |
| 10 | Desarrolla las actividades definidas de acuerdo a contratacion definidos por partes por las agendas establecidas mensuales |
| 11 | Realiza notas de enfermeria a los pacientes asignados en los tiempos reglamentarios |
| 12 | Preparar el cuerpo del paciente fallecido y entregar al familiar las pertenecias personales del mismo. Asegurando que se realice de forma respetuosa y conforme a los procedimentos establecidos |
| 13 | Informa las enfermera y medico el estado de los pacientes realcionados a su competencia |
| 14 | Realiza el seguimiento de la correcta administracion de medicamentos bajo la supervision de la enfermera,garantizando el cumplimiento de los protocologos establecidos y bienestar del paciente |
| 15 | Realiza todas y cada una de las actividades que me asigne el supervisor del contrato y los demas que determine el Gerente, y que se deriben delas necesidades de la E.S.E. |

| III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | 9500463690 | OPERADOR: | |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | SALUD TOTAL | 24/03/2026 | $ 178000 |
| PENSIÓN: | PROTECCION | 24/03/2026 | $ 227800 |
| RIESGOS LABORALES: | POSITIVA | 24/03/2026 | $ 34700 |

| IV.DECLARACIONES DEL CONTRATISTA |
|---|
| 1.- Que desarrolló las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.<br>2.- Que realicó el pago de la Seguridad Social por el valor que exige la Ley, pago del cual anexo copia simple.<br>3.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato. |

| V. ANEXOS<br>(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: | Anilcy Rivadeneira |
| N°. IDENTIFICACIÓN: | 39.049.362 |

Powered by 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 39049362 | | RIVADENEIRA ALVAREZ ANILCY CARINA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | KR 16 N.4 - 77 BRR 20 de Julio | SANTA MARTA-MAGDALENA | 4359530 | No |

## DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-02 | 2026-02 | 1000000942 | 9500463690 | I | 2026/03/13 | 2026/03/24 | BANCO DE BOGOTA | 11 | $545,800 |

## RESUMEN DE PAGO

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $280,200 | $2,000 | $0 | $282,200 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 1 | $280,200 | $2,000 | $0 | $282,200 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $42,700 | $400 | $0 | $43,100 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $42,700 | $400 | $0 | $43,100 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $218,900 | $1,600 | $0 | $220,500 |
| SALUD TOTAL | EPS002 | 800,130,907 | 4 | 1 | $218,900 | $1,600 | $0 | $220,500 |
| TOTAL | | | | 1 | $541,800 | $4,000 | $0 | $545,800 |

Powered by 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 39049362 | | RIVADENEIRA ALVAREZ ANILCY CARINA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | KR 16 N.4 - 77 BRR 20 de julio | SANTA MARTA-MAGDALENA | 4359530 | No |

## DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-02 | 2026-02 | 1000000942 | 9500463690 | I | 2026/03/13 | 2026/03/24 | BANCO DE BOGOTA | 11 | $545,800 |

## 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 | $218,900 | | | $0 | $0 | | | $1,750,905 | $42,700 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,750,905 | $280,200 | | | $1,750,905 | $218,900 | | | $0 | $0 | | | $1,750,905 | $42,700 | | $0 | $0 |
| Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA ( 1 Afiliados) | | | | | $1,750,905 | $280,200 | | | $1,750,905 | $218,900 | | | $0 | $0 | | | $1,750,905 | $42,700 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 39049362 | RIVADENEIRA ANILCY | 230201 | 30 | $1,750,905 | $280,200 | EPS002 | 30 | $1,750,905 | $218,900 | | 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 | $218,900 | | | $0 | $0 | | | $1,750,905 | $42,700 | | $0 | $0 |

Powered by CamScanner