| | | | |
|---|---|---|---|
| HJMB | 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 JUANA PEREZ BOHORQUEZ identificado con C.C. 57445886**

| | |
|---|---|
| Fecha de Diligenciamiento: | 2026-04-27 |

## 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: | CD20261419 | RP: | 1986 | CDP: | 437 |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO: | 11.100.000,00 | VALOR DE HONORARIOS PERIODO: | | | 3.700.000,00 |
| FECHA DEL ACTA DE INICIO: | 2026-03-19 | 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 Abril

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

LIZETH PAOLA CARDENAS ZAMBRANO
1082957906
UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA



Powered by CamScanner

JUANA PEREZ BOHORQUEZ
57445886
CALLE 32 #4-60
4350577
JUANIPEREZ2005@HOTAMIL.COM

# CUENTA DE COBRO

## DATOS PERSONALES

| | | | |
|---|---|---|---|
| Fecha de Diligenciamiento: | 2026-04-27 | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS: | JUANA PEREZ BOHORQUEZ | | |
| DOCUMENTO: | 57445886 | | |
| DIRECCIÓN: | CALLE 32 #4-60 | TELÉFONO: | 4350577 |
| CORREO ELECTRONICO: | JUANIPEREZ2005@HOTAMIL.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: | CD20261419 | | | | | | |
| 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: | 1986 | CDP: | 437 | FECHA INICIO: | 2026-03-19 | FECHA FINAL: | 2026-05-31 |
| VALOR CONTRATO: | 11.100.000,00 | | | VALOR A PAGAR: | 3.700.000,00 | | |
| BANCO A CONSIGNAR: | DAVIVIENDA | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | No. CUENTA: | 117300077551 |
| CDP - ADICION: | N/A | RP - ADICION: | N/A | VALOR ADICION: | 0,00 | | |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **Abril** | | | | | | |

## FIRMA

Juana Perez Bohorquez.
JUANA PEREZ BOHORQUEZ
C.C. 57445886 expedida en SANTA MARTA, MAGDALENA

Powered by CamScanner

| HJMB JULIO MENDEZ BARRENECHE | FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO | CODIGO: GJC23F 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 JUANA PEREZ BOHORQUEZ**
**C.C. Nº: 57.445.886**

**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 E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE | | |
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | **CD20261419** | **DE FECHA** | **19/MARZO/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 específicas del objeto del contrato) |
|---|---|
| 1 | Planee, organice, dirigí y realicé las gestiones necesarias para lograr el funcionamiento de los servicios de acuerdo a los planes y programas establecidos. |
| 2 | Realicér Rondas de Seguridad de Paciente diaria: Identificación de paciente, Venopunciones, Equipos invasivos, segregación de residuos hospitalarios, orden y aseo de los servicios. |
| 3 | Verifiqué la aplicación de listas de chequeo para el control en la prevención de infecciones y procesos básicos de Enfermería. |
| 4 | Velar por el cumplimiento de los protocolos, procesos y formatos de los diferentes servicios, ejemplo, el ingreso y salida de los auxiliares de enfermería. |
| 5 | Comprobé la realización de la asepsia en los diferentes servicios y que se encuentre bien organizado los sitios de trabajo. |
| 6 | Vigil`r y controlé el uso adecuado de los registros de enfermería (expediente clínico, censo, registros estadísticos, planes de asignación, rotación, etc.) y asegurar la actualización diaria de los registros en el tablero de camas reservadas. |
| 7 | Detecté la necesidad de material/equipo de los servicios y gestionar la adquisición. |
| 8 | Verifiqué que se cumpla con la notificación inmediata de los eventos adversos y/o incidentes que se presenten en la atención del |
| 9 | Verifiqué la preparación adecuada de los estudios y cirugía. |
| 10 | Verifiqué el registro de las curaciones de las enfermeras asistenciales. |
| 11 | Asistí a las reuniones y rondas médicas y de enfermería de su área para estar al tanto del proceso de atención y cuidado de los |
| 12 | Realicé la Notificación de daños y realizar ronda conjuntamente con el área de mantenimiento. |
| 13 | Informé por escrito, diariamente a coordinación los inconvenientes presentados en cada servicio. |
| 14 | Proporcioné atención de enfermería a pacientes hospitalizados según las necesidades físicas, fisiológicas, psicológicas y sociales según los establecido en el plan de atención de enfermería. |
| 15 | Apoyé en el Manejo y control de material y equipo en la atención del paciente. |
| 16 | Diligencié y entregar historias clínicas a facturación de paciente que tengan egresos en el orden establecidos. |
| 17 | Cumpí con el diligenciamiento de los RIPS, formatos, instrumentos de control, seguimiento, evaluación, de la E.S.E. |
| 18 | Verifiqué el correcto diligenciamiento del formato de SIVIGILA. |
| 10 | Actualicé Kardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo a los cambios efectuados por médico tratante en la evolución y ordenes médicas, en los diferentes turnos (corrido, noche) etc. |
| 20 | Administré de medicamentos de acuerdo al protocolo institucional. |
| 21 | Supervisé y cumplí con la correcta segregación de los elementos de protección personal y manejo de ropa sucia. |
| 22 | Realicé un informe detallado sobre las actividades realizadas y el cumplimiento de las mismas, según la secuencia establecida por la Unidad Funcional de Enfermería. |
| 23 | Apoyé en la supervisión e inspección oportuna al carro de paro, equipos biomédicos con los que cuenta el servicio, hacer las respectivas anotaciones a que hallan lugar sea diaria |
| 24 | Gestioné la información, y/o documentos físicos, órdenes de procedimientos que se genere en el servicio de acuerdo a la necesidad del paciente y normatividad. |
| 25 | Garanticé 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 |
| 26 | Cumplí con lo establecido en la resolución 3280 de 2018, de manera que se garantice la efectiva y oportuna atención definida en la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal, Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna y Estrategia Hospital Padrino, según su competencia. |
| 27 | Capacité al personal asistencial (enfermeras) sobre colocación de implante sub dérmico y aplicación de métodos de anticoncepción. |

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

Powered by CamScanner

| No. DE PLANILLA: | 6012806175 | OPERADOR: | SOI |
|---|---|---|---|
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | COOSALUD | 21/ABRIL/2026 | 218.900 |
| PENSIÓN: | COLPENSIONES | 21/ABRIL/2026 | 280.200 |
| RIESGOS LABORALES: | POSITIVA ARL | 21/ABRIL/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

| | |
|---|---|
| FIRMA DEL CONTRATISTA: | Juana Pérez B. |
| N°. IDENTIFICACIÓN: | 57.445.886 |

Powered by CamScanner

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI — Bancolombia

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| [illegible] | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | [illegible] |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL | | | [illegible] |
| [illegible] | SANTA MARTA | DEPARTAMENTO | MAGDALENA |
| DIRECCIÓN | CALLE 32 4-85 [illegible] | TELÉFONO | [illegible] |
| TIPO APORTANTE | [illegible] | CLASE APORTANTE | INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA | [illegible] | ACTIVIDAD ECONÓMICA | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN | [illegible] | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA | | 6512806175 | TIPO DE PLANILLA | | INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES [illegible] AÑO | 2025 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD | MES [illegible] AÑO | 2025 |
| DÍAS DE MORA | | 5 | | | |
| FECHA PAGO (aaaammdd) | | 20250421 | NÚMERO AUTORIZACIÓN | | [illegible] |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| CÓDIGO | NOMBRE | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | MORA COTIZACIÓN | MORA FSP | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 280.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 280.200 | $ 0 | $ 280.200 |
| SUBTOTALES | | | | | | | | | | $ 280.200 | $ 0 | $ 280.200 |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| CÓDIGO | NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD VALOR | LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | LICENCIA MATERNIDAD VALOR | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | LIQUIDACIÓN VALOR ADRES | MORA COTIZACIÓN | MORA VALOR ADRES | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ESSC24 | ESSC24-COOSALUD EPS | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 218.900 | $ 0 | | $ 0 | $ 218.900 | $ 0 | $ 0 | $ 218.900 |
| SUBTOTALES | | | | | | | | | | | | | $ 218.900 | $ 0 | $ 0 | $ 218.900 |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| CÓDIGO | NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD ARP NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD ARP VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-23 | 14-23 POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 42.700 | $ 42.700 | $ 0 | $ 0 | $ 42.700 |
| SUBTOTALES | | | | | | | | | $ 42.700 | $ 0 | $ 0 | $ 42.700 |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO EXTRANJERO | RESIDENTE EXTERIOR | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CC [illegible] | PEREZ [illegible] JUANA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.750.905 | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | |

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

| ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.750.905 | $ 280.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 280.200 |

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD / ARP

| SALUD ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ARP ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ESSC24-COOSALUD EPS | 30 | $ 1.750.905 | $ 218.900 | $ 0 | $ 218.900 | 14-23 POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.750.905 | 57445866 | $ 42.700 |

PARAFISCALES

| DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 541.800**

Planilla Pagada



Powered by CamScanner