



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 OTILIA MARIA MENDOZA LARA identificado con C.C. 36554632

Fecha de Diligenciamiento: 2026-01-29

I. DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO BACTERIÓLOGO PARA REALIZAR ACTIVIDADES EN LA UNIDAD TRASFUNCIONAL DEL AREA DE CONSULTA EXTERNA DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.				
N° CONTRATO:	CD20260531	RP	400	CDP	2
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	8.000.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	4.000.000,00		
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2026-01-14	FECHA DE FINALIZACION:	2026-02-28		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIZETH PAOLA GARDENAS ZAMBRANO				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SUBGERENCIA CIENTÍFICA				

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 Enero

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

LIZETH PAOLA CARDENAS ZAMBRANO
1082957906
SUBGERENCIA CIENTÍFICA

OTILIA MARIA MENDOZA LARA
36554632
CARRERA 12 #18-122 CONDOMINIO PALMA REAL BLOQUE 5 APTO 903
3182167812
OTIMENLA@HOTMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES


Fecha de Diligenciamiento:	2026-01-29		
NOMBRES Y APELLIDOS:	OTILIA MARIA MENDOZA LARA		
DOCUMENTO:	36554632		
DIRECCION:	CARRERA 12 #18-122 CONDOMINIO PA	TELÉFONO:	3182167812 3182167812 903
CORREO ELECTRONICO:	OTIMENLA@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:	CD20260531						
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO BACTERIÓLOGO PARA REALIZAR ACTIVIDADES EN LA UNIDAD TRASFUNCIONAL DEL AREA DE CONSULTA EXTERNA DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.						
RP:	400	CDP:	2	FECHA INICIO:	2026-01-14	FECHA FINAL:	2026-02-28
VALOR CONTRATO:	8.000.000,00	VALOR A PAGAR:	4.000.000,00				
BANCO A CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	45015283988		
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	Enero						

FIRMA


OTILIA MARIA MENDOZA LARA
C.C. 36554632 expedida en SANTA MARTA



ACTA DE INICIO

CÓDIGO: GJC25F
VERSIÓN: 002
FECHA DE ÚLTIMA
REVISIÓN: 09/11/2025
PÁGINA 1 de 1

ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20260531 DE 2026

NO. DEL CONTRATO	CD20260531
NOMBRE DEL CONTRATANTE	HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	OTILIA MARIA MENDOZA LARA
NO. DE IDENTIDAD	36554632
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO BACTERIÓLOGO PARA REALIZAR ACTIVIDADES EN LA UNIDAD TRASFUNCIONAL DEL AREA DE CONSULTA EXTERNA DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$8000000
FORMA DE PAGO	El HUJMB cancelará al CONTRATISTA en 2 pago(s) equivalentes a (\$4000000) C/U; de conformidad con el informe de la ejecución de las actividades contractuales realizadas, previa certificación de cumplimiento de expedida por parte del Supervisor del contrato.
PLAZO DE EJECUCIÓN	Previa legalización del contrato sin exceder el 2/28/2026
CDP	2
RP	400
SUPERVISOR DEL CONTRATO	SUBGERENCIA CIENTÍFICA

Entre los suscritos, a saber, por una parte, **LIZETH PAOLA GARDENAS ZAMBRANO**, mayor de edad, identificado(a) con la Cédula de Ciudadanía N° 1082957906, obrando en calidad de **SUBGERENTE CIENTÍFICA**, quien actúa como **SUPERVISOR** del Contrato No. CD20260531 de 2026; y, por otra parte, **OTILIA MARIA MENDOZA LARA**, mayor de edad, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía N° 36554632, 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 de lo anterior, se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta el 1/14/2026

SUPERVISOR


LIZETH PAOLA GARDENAS ZAMBRANO
SUBGERENTE CIENTÍFICA

CONTRATISTA


OTILIA MARIA MENDOZA LARA

Proyectó: Silena Sandoval López
Abogado Contratista — Subg. Científica



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

OTILIA MARIA MENDOZA LARA

CON C.C N° 36554632

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO BACTERIOLOGO PARA REALIZAR ACTIVIDADES EN LA UNIDAD TRANSFUSIONAL DEL AREA DE CONSULTA EXTERNA DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. CD20260531 DE FECHA INICIO 14/1/2026

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	Realice los controles internos y externos de la unidad transfusional.
2	Revise los hemocomponentes en stock y en reservas para que no se venzan.
3	Realice pruebas cruzadas y transfusiones de hemocomponentes sanguíneos.
4	Diligencie el formato IH del sihevi.
5	Realice pedidos de Hemocomponentes sanguíneos a los bancos proveedores los fines de semana y horario nocturno.
6	Diligencie los diferentes formatos y etiquetas que hacen parte de la trazabilidad del componente.
7	Realice el chequeo de cada unidad que llevo del banco proveedor para confirmar su grupo sanguíneo.
8	Registre las temperaturas en las diferentes areas.
9	Utilice adecuadamente los elementos de proteccion personal.
10	Registre en sistema de comproment el retorno de las bolsas vacias.

III. INFORMACION DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9496943445	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	5/1/2026	178.000
PENSION:	PROTECCION
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	5/1/2026	34.900

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: *Otilia Mendoza Lara* *UMPB*

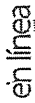
N° IDENTIFICACIÓN: 36554632

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	CC 36554632	Razon Social	MENDOZA LARA OTILIA MARIA	Clase Aportante	INDEPENDIENTE	Sucursal Principal	PRINCIPAL	Direccion	CLL 12 N. 18 - 122 BLO. 5 APT 903	Exonerado SENA e ICBF	No
Identificación	2059229476	Clave	9496943445	Planilla		Fecha	2026/01/09	Banco	BANCOLOMBIA	Telefono	11111111
Periodo	2025-12	Pago	2059229476	Tipo	Planilla	Pago	2026/01/05	Dias Mora	0	Valor	\$212,700

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																											
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES							
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte					
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)																											
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																											
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)																											
1	CC 36554632	MENDOZA OTILIA		0		\$0	EP5005	30	\$1,423,500	\$178,000																	
Total Afiliados(1)																											



DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SERNA e ICBF
CC 36554632		MENDOZA LARA OTILIA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 12 N. 18 - 122 BLQ 5 APT 903	SANTA MARTA-MAGDALENA	11:11111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Dias Mora	Valor
2025-12	9496943445	Planilla	2026/01/09	2026/01/05	0	\$212,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFLIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700
POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000
TOTAL				1	\$212,700	\$0	\$0	\$212,700

Protección

Bogotá, 29 de febrero de 2024

Señor(a):

OTILIA MARIA MENDOZA LARA

CC 36554632

CRA 12 NO 18-122 PALMA REAL bl 5 AP 903

Teléfono 3182167812

SANTA MARTA, MAGDALENA

Reciba un cordial saludo,

En Protección estamos con usted para guiarlo en cada paso del camino hacia la materialización de sus metas.

Luego de realizar el análisis de su cuenta individual, reconocemos la prestación subsidiaria de Devolución de Saldo como respuesta al trámite que usted adelantó con nosotros; esta definición se da luego de considerar la comunicación donde usted manifiesta la imposibilidad de seguir cotizando para completar el capital necesario para financiar una pensión o para llegar a cumplir el número de semanas para adquirir el derecho a la Garantía de Pensión mínima.

El valor del pago que usted recibirá será informado en el momento de la aceptación de la devolución de Saldo (Ver anexo 1 Pasos a seguir), ya que este podrá variar de acuerdo con la rentabilidad que se presente en el fondo entre la fecha de esta comunicación y el momento del pago. No obstante, lo invitamos a mantener saldo en la cuenta individual de ahorro pensional y a continuar cotizando para acceder a la Garantía de Pensión Mínima reglamentada por el artículo 65 de la Ley 100 de 1993 y artículo 3 del Decreto 832 de 1993, cumpliendo los requisitos establecidos en esta normatividad para tal efecto, que en su caso corresponde a 336.86 semanas adicionales.

Tenga en cuenta que si en la actualidad usted tiene una relación laboral activa, informaremos al empleador el reconocimiento de esta prestación a su empleador.

En caso de encontrarse en desacuerdo con la presente Notificación, usted cuenta con la posibilidad de presentar solicitud de reconsideración, teniendo en cuenta que esta Administradora de Pensiones y Cesantías es de naturaleza privada.