



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: 2026-02-26

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

GDP: 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 CARDENAS 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 Febrero

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:	2026-02-26		
NOMBRES Y APELLIDOS:	OTILIA MARIA MENDOZA LARA		
DOCUMENTO:	36554632		
DIRECCIÓN:	CARRERA 12 #18-122 CONDOMINIO PA	TELÉFONO:	3182167812
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:	Febrero						

FIRMA


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



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 específicas del objeto del contrato)

ITEM	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
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 protección personal.
10	Registre en sistema de comproment el retorno de las bolsas vacias.

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9498406718	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	6/2/2026	218.900
PENSIÓN:	PROTECCION
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	6/2/2026	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:

Otilia Mendoza Lara

Otilia Mendoza Lara

N°. IDENTIFICACIÓN:

36554632

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Exonerado SENA e ICBF
CC 36554632		MENDOZA LARA OTILIA MARIA	11111111
		INDEPENDIENTE	No
		Direccion	Exonerado SENA e ICBF
		CLL 12 N. 18 - 122 BLQ 5 APT 903	
		Sucursal Principal	
		PRINCIPAL	
		Ciudad-Departamento	
		SANTA MARTA-MAGDALENA	
		Telefono	
		11111111	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Valor
2026-01	43112475	Planilla	9498406718	2026/02/06	\$261,600
		Planilla	2026/02/09		
		Limite			
		2026/02/09			
		Banco			
		BANCOLOMBIA			
		Dias Mora			
		0			

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	Codigo	Días	IBC	Aporte	
		Sucursal PRINCIPAL (1 Afiliados)			\$0	\$0			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700			\$0	\$0	
		Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)			\$0	\$0			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700			\$0	\$0	
		Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)			\$0	\$0			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700			\$0	\$0	
1	CC 36554632	MENDOZA OTILIA		0	\$0	\$0	EP5005	30	\$1,750,905	\$218,900		0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,750,905	\$42,700			\$0	\$0	
Total		Afiliados(1)			\$0	\$0			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700			\$0	\$0	

OK

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 36554632		MENDOZA LARA OTILIA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 12 N. 18 - 122 BLQ 5 APT 903	SANTA MARTA-MAGDALENA	11111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Salud	Pensión	Clave		Tipo	Fecha		Pago		Valor
			Pago	Planilla		Planilla	Límite	Pago	Dias Mora	
2026-01	2026-01	43112475	949840578	1	1	2026/02/09	2026/02/06	BANCOLOMBIA	0	\$261,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	GODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900
TOTAL				1	\$261,600	\$0	\$0	\$261,600

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

Telefono 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 Saldos 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 Saldos (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 el 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 ésta 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.

**ACTA FINAL**CODIGO: GJC26F
VERSION: 002 FECHA
ULTIMA DE REVISION:
12/12/2024 PAGINA 1 de 1**ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20260531 DEL 2026**

NO. DEL CONTRATO	CD20260531
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ 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 HUIJMB cancelará al CONTRATISTA 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 el 2/28/2026 o hasta agotar el valor del contrato.
CDP	2
REGISTRO PRESUPUESTAL	400
FECHA DE ACTA DE INICIO	1/14/2026
FECHA DE TERMINACION CONTRATO	2/28/2026
ADICIÓN	
CDP DE LA ADICIÓN	N/A
REGISTRO PRESUPUESTAL DE LA ADICIÓN	N/A
PLAZO ADICIÓN	N/A
FORMA DE PAGO ADICIÓN	N/A
FECHA DE TERMINACIÓN DE CONTRATO CON ADICIÓN	N/A
VALOR ADICIÓN	N/A
VALOR FINAL DEL CONTRATO	8000000
SUPERVISOR DEL CONTRATO	SUBGERENCIA CIENTÍFICA

Entre los suscritos, a saber, por una parte, **LIZETH PAOLA CARDENAS 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**; se reunieron para firmar **ACTA DE FINALIZACIÓN** del 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 de lo anterior se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta en el