HJMB JULIO MÉNDEZ BARRENECHE	FORMATO INFORME DE SUPERVISOR	Código: GJC22F	Versión:
		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/01/	

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y ANILCY CARINA RIVADENEIRA ALVAREZ identificado con C.C. 39049362

Fecha de Diligenciamiento:	2026-04-27

I. DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXIL DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN 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,
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 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 verificad 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 socia 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 correspondie 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

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

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2026-04-27**		
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:	**Abril**

FIRMA

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

Powered by CamScanner

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

ANILCY CARINA RIVADENEIRA ALVAREZ

CON C.C Nº 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 (Deben ser coherentes con las actividades especificas del objeto del contrato)
1	Recibi y entregue turno de acuerdo a las guias institucionales
2	Observe y reporte signos de alamarmas presentados por los pacientes
3	Informe las fallas de maerial y equipos del servicio, al lidre mas cercano
4	Participe en los programas de enseñanzas en servicio de desarrollo de personal proporcionar orientacion al lpaciente y familiar
5	Garantice que la prestacion de servicio objeto del contrato cump,lan estrictamente con las varacteristicas y referencias descritas e
6	Realice asepsia general semanal y diaria cuando egres el paciente, y registre en el formato correspondiente
7	Clasificar,ordenar y controlar las lencerias de los servicios a efectos de reposicion de ropas y de vestuario,relacionadose con los s
8	Realice una adecuada segregacion de los elementos de proteccion personal,residuos hospitalarios que se generen de la atencion
9	Recibi y registre oportunamente los elementos de proteccion personaly cumplir con el correcto uso de estos.Diligenciar correctar
10	Desarrolle las actividades definidas de acuerdo a contratacion definidos por partes por las agendas establecidas mensuales
11	Realice 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
13	Informe las enfermera y medico el estado de los pacientes realcionados a su competencia
14	Realice el seguimiento de la correcta administracion de medicamentos bajo la supervision de la enfermera,garantizando el cum
15	Realice todas y cada una de las actividades que me asigne el supervisor del contrato y los demas que determine el Gerente, y

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9502161061	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	24/04/2026	$ 218.900
PENSIÓN:	PROTECCION	24/04/2026	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	24/04/2026	$ 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:	Anilcy Rivadeneira
Nº. IDENTIFICACIÓN:	39.049.362

Powered by CamScanner

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	Límite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	81582565	9502161061	I	2026/04/16	2026/04/24	BANCO DE OCCIDENTE	8	$544,900

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	30201	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

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC [illegible]		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
2026-03	2026-03	81582565	9502161061	I	2026/04/16	2026/04/24	BANCO DE OCCIDENTE	8	$544,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$1,600	$0	$281,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$280,200	$1,600	$0	$281,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$300	$0	$43,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$42,700	$300	$0	$43,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$1,200	$0	$220,100
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$218,900	$1,200	$0	$220,100
TOTAL				**1**	**$541,800**	**$3,100**	**$0**	**$544,900**

Powered by CamScanner