| | | | |
|---|---|---|---|
| E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ 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 BERLY SAUDITH VIZCAINO OLAVARRIA identificado con C.C. 36725223**

| 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 AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| N° CONTRATO: | CD20261580 | RP: | 2316 | CDP: | 437 |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO: | 7.800.000,00 | VALOR DE HONORARIOS PERIODO: | | | 2.600.000,00 |
| FECHA DEL ACTA DE INICIO: | 2026-03-24 | 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

**BERLY SAUDITH VIZCAINO OLAVARRIA**
**36725223**
**CRA 25A Nª 29C -36 LAS MALVINAS**
**0000000**
**BERLYVIZCAINO@GMAIL.COM**

# CUENTA DE COBRO

## DATOS PERSONALES

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Diligenciamiento:** | **2026-04-27** | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS: | BERLY SAUDITH VIZCAINO OLAVARRIA | | |
| DOCUMENTO: | 36725223 | | |
| DIRECCIÓN: | CRA 25A Nª 29C -36 LAS MALVINAS | TELÉFONO: | 0000000 |
| CORREO ELECTRONICO: | BERLYVIZCAINO@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: | CD20261580 |
| 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: | 2316 | CDP: | 437 | FECHA INICIO: | 2026-03-24 | 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: | 0050488400395 |
| CDP - ADICION: | N/A | RP - ADICION: | N/A | VALOR ADICION: | 0,00 | | |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **Abril** | | | | | | |

## FIRMA

Barly Vizcaino

BERLY SAUDITH VIZCAINO OLAVARRIA
C.C. 36725223 expedida en SANTA MARTA

| | | |
|---|---|---|
| HJMB E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE | FORMATOINFORMEDEEJECUCIÓNDE ACTIVIDADES DEL CONTRATO | CODIGO: GJC23F VERSION: 003<br>FECHA DE ULTIMA REVISION: 22/08/2024 PAGINA 1 de 1 |

**CELEBRADOENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y**

**BERLYSAUDITHVIZCAINO OLAVARRIA**

**CONC.C N° 36725223**

**I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

| | |
|---|---|
| OBJETIVO DEL CONTRATO : | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZARACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIOMÉNDEZ BARRENECHE. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| CONTRATODEPRESTACIONDE SERVICIOS PROFESIONALES No. | CD20261580 | DE FECHA INICIO | 24/03/2026 |

| 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 especificasdel objeto del contrato) |
|---|---|
| 1 | Garanticé mi presencia oportuna cuando se requirió para realizar los procedimientos y labores propias del auxiliar de enfermería en los diferentes servicios de la E.S.E. |
| 2 | Observé y reporté los signos de alarma presentados por mis pacientes. |
| 3 | Informé las fallas de material y equipo de los servicios al líder más cercano. |
| 4 | Participé en los programas de enseñanza en servicio para el desarrollo del personal y proporcioné orientación tanto al paciente como a sus familiares. |
| 5 | Garanticé que la prestación del servicio objeto del contrato cumpliera estrictamente con las características y referencias descritas en el documento, ajustándose a las normas de calidad establecidas por la E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche. Además, aseguré que los servicios ofrecidos mantuvieran su calidad e idoneidad. |
| 6 | Realicé asepsia general semanal y diaria al egreso de los pacientes, y registré en el formato correspondiente. |
| 7 | Clasifiqué, ordené y controlé las lencerías de los servicios para efectos de reposición de ropas y vestuario, relacionándome con los servicios de lavandería. |
| 8 | Ejecuté una adecuada segregación de los elementos de protección personal y residuos hospitalarios generados durante la atención de pacientes, procedimientos y manejo de ropa sucia. |
| 9 | Recibí y registré oportunamente los elementos de protección personal, cumplí con su correcto uso y diligencié adecuadamente los formatos requeridos en los servicios. |
| 10 | Desarrollé las actividades definidas según la contratación y conforme a las agendas mensuales establecidas. |
| 11 | Realicé las notas de enfermería a los pacientes asignados dentro de los tiempos reglamentados. |
| 12 | Preparé el cuerpo de los pacientes fallecidos y entregué a sus familiares todas sus pertenencias personales, asegurando que el procedimiento se realizara de manera respetuosa y conforme a los protocolos establecidos. |
| 13 | Informé a la enfermera y al médico sobre el estado de los pacientes bajo mi competencia. |
| 14 | Realicé el seguimiento a la correcta administración de los medicamentos bajo supervisión de la enfermera, garantizando el cumplimiento de los protocolos establecidos y el bienestar del paciente. |
| 15 | Ejecuté todas las actividades asignadas por el supervisor del contrato, así como aquellas determinadas por el Gerente y derivadas de las necesidades de la E.S.E. |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | 5168786878 | OPERADOR: | SOI |
| CONCEPTODEL PAGO | ENTIDAD | FECHADE PAGO | VALORPAGADO |
| SALUD: | SALUDTOTAL | 22/04/2026 | $ 218.900 |
| PENSIÓN: | PORVENIR | 22/04/2026 | $ 280.200 |
| RIESGOS LABORALES: | POSITIVA | 22/04/2026 | $ 42.700 |

**IV. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA**

1.-Quedesarrollólas actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
2.- Que realicé el pago dela 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)

Anexarevidencias fotográficas y/odocumentales quesoportenlas actividades realizadas en el periodo correspondiente

| | |
|---|---|
| FIRMA DEL CONTRATISTA: | Berly Vizcaino O. |
| N°. IDENTIFICACION: | 36725223 |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 36725223 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | BERLY SAUDITH VIZCAINO OLAVARRIA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | SANTA MARTA | DEPARTAMENTO: | MAGDALENA |
| DIRECCIÓN: | CALLE 29 N 22 B 12 VILLA DEL RIO | TELÉFONO: | 7777777 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | 5168786878 | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES marzo AÑO | 2026 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES marzo AÑO | 2026 |
| DÍAS DE MORA: | | 13 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2026/04/22 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 9996533448 |

### TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 280.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 2.500 | $ 0 | $ 280.200 | $ 2.500 | $ 282.700 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 280.200 | $ 2.500 | $ 282.700 |

### TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 218.900 | $ 0 | $ 2.000 | $ 0 | $ 218.900 | $ 2.000 | $ 0 | $ 220.900 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 218.900 | $ 2.000 | $ 0 | $ 220.900 |

### TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 1 | | $ 0 | % $ 0 | | $ 0 | $ 42.700 | $ 42.700 | $ 400 | $ 0 | $ 43.100 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | $ 42.700 | $ 400 | $ 0 | $ 43.100 |

### LIQUIDACION DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº | IDENTIFICACION | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | FP | PENSIÓN | | | | | | | | | SALUD | | | | | | | | ARP | | | | CCF | SENA | ICBF | ESAP | MINEDU | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 36725223 | VIZCAINO OLAVARRIA BERLY SAUDITH | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS | | $ 1.750.905 | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.750.905 | $ 280.200 | $ 0 | | | | $ 280.200 | EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 1.750.905 | $ 218.900 | $ 0 | $ 218.900 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 30 | $ 1.750.905 | $ 36725223 | $ 42.700 | | | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 546.700**

Planilla Pagada