LILIANA BEATRIZ MAESTRE CARDENAS
57432434
MANZANA 36 CASA 5 - CIUDADELA 29 DE JULIO
4352421
CADIAZGRANADOS@HOTMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	2026-04-27		
NOMBRES Y APELLIDOS:	LILIANA BEATRIZ MAESTRE CARDENAS		
DOCUMENTO:	57432434		
DIRECCIÓN:	MANZANA 36 CASA 5 - CIUDADELA 29	TELÉFONO:	4352421
CORREO ELECTRONICO:	CADIAZGRANADOS@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

Nº CONTRATO:	CD20261234						
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:	1899	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:	Banco de bogota			TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	564847531
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Abril**						

FIRMA

LILIANA BEATRIZ MAESTRE CARDENAS
C.C. 57432434 expedida en SANTA MARTA

	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 LILIANA BEATRIZ MAESTRE CARDENAS identificado con C.C. 57432434

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:	CD20261234	RP:	1899	CDP:	437
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	7.800.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:			2.600.000,00
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2026-03-18	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 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

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA	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

LILIANA BEATRIZ MAESTRE CARDENAS

CON C.C Nº 57432434

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.	**CD20261234**	**DE FECHA INICIO**	**18/3/2026**

	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)
1	GARANTIZAR LA PRESENCIA OPORTUNA, CUANDO SE REQUIERA HACER LOS PROCEDIMIENTOS Y LABORES PROPIAS DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN CUALQUIER SERVICIO DE LA E.S.E
2	OBSERVACIÓN Y REPORTE DE SIGNOS DE ALARMA PRESENTADOS POR SUS PACIENTES
3	INFORMAR LAS FALLAS DE MATERIAL Y EQUIPO DE SERVICIOS, AL LÍDER MÁS CERCANO
4	PARTICIPAR EN LOS PROGRAMAS DE ENSEÑANZA EN SERVICIO PARA DESARROLLO DE PERSONAL
5	GARANTIZAR 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 UNIVERSITARIO JULIO MÉDEZ BARRENECHE, ADICIONALMENTE LA
6	REALIZAR ASEPSIA GENERAL SEMANAL Y DIARIA CUANDOEGRESE EL PACIENTE,REGISTRAR EN EL FORMATO CORRESPONDIENTE.
7	CLASIFICAR, ORDENAR Y CONTROLAR LAS LENCERÍAS DE LOS SERVICIOS A EFECTOS DE REPOSICIÓN DE ROPAS Y DE VESTUARIO, RELACIONÁNDOSE CON LOS SERVICIOS DE LAVANDERÍA
8	REALIZAR UNA ADECUADA SEGREGACIÓN DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓNPERSOBNAL, RESIDUOS HOSPITALARIOS QUE SE GENERAN DE LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES, DE CUALQUIER OTRO PROCEDIMIENTO Y MANEJO DE ROPA SUCIA
9	RECIBIR, REGISTRAR OPORTUNAMENTE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y CUMPLIR CON EL CORRECTO USO DE ESTOS. DILIGENCIAR CORRECTAMENTE LOS FORMATOS REQUERIDOS EN LOS SERVICIOS
10	DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES DEFINIDAS DE ACUERDO A LA CONTRATACIÓN DEFINIDA POR PARTES CON LAS AGENDAS ESTABLECIDAS MENSUALES
11	REALIZAR NOTAS DE ENFERMERÍA A PACIENTES ASIGNADOS EN LOS TIEMPOS REGLAMENTADOS
12	PREPARAR EL CUERPO DEL PACIENTE FALLECIDO Y ENTREGAR AL FAMILIAR TODAS LAS PERTENENCIAS PERSONALES DEL MISMO, ASEGURANDO QUE SE REALICE DE MANERA RESPETUOSA Y CONFORME A LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS
13	INFORMAR A LA ENFEMERA Y MÉDICO DEL ESTADO DE LOS PACIENTES RELACIONADOS A SU COMPETENCIA
14	REALIZAR EL SEGUIMIENTO DE LA CORRECTA ADMINISTRACIÓN DE LOS MEDICAMENTES BAJO LA SUPERVISIÓN DE LA ENFERMERA, GARANTIZANDO EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS Y EL BIENESTAR DEL PACIENTE
15	REALIZAR TODAS Y CADA UNA DE LAS ACTIVIDADES QUE ASIGNE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y LAS DEMÁS QUE DETERMINE EL GERENTE, Y QUE SE DERIVEN DE LAS NECESIDADES DE LA E.S.E

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**4648275850**	**OPERADOR:**	**SOI**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SANITAS**	**20/4/2025**	**218,900**
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**	**20/4/2025**	**280,200**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**20/4/2025**	**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 correspondiente

FIRMA DEL CONTRATISTA:	Liliana B Maestre C
N°. IDENTIFICACIÓN:	**CC.57432434**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	57432434
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LILIANA BEATRIZ MAESTRE CARDENAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	CLL 26 BIS N 7D 17 LA ESPERANZA	TELÉFONO:	4352421
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:		**4648275850**		TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo AÑO	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	marzo AÑO	2026
DÍAS DE MORA:		10					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/04/20		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9996514696	

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
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.900	$ 0	$ 280.200	$ 1.900	$ 282.100
SUBTOTALES:										**$ 280.200**	**$ 1.900**	**$ 282.100**

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
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 1.500	$ 0	$ 218.900	$ 1.500	$ 0	$ 220.400
SUBTOTALES:													**$ 218.900**	**$ 1.500**	**$ 0**	**$ 220.400**

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	$ 300	$ 0	$ 43.000
SUBTOTALES:									**$ 42.700**	**$ 300**	**$ 0**	**$ 43.000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES						
																										PENSIÓN									SALUD						ARP													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	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	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 57432434	MAESTRE CARDENAS LILIANA BEATRIZ	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	EPS005-SANITAS S.A	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905	57432434	$ 42.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 545.500

Planilla Pagada