SANDRA LUCIA HINE PINO
57428761
CARRERA 9A # 4-20
3218160506
SANDRAHINE2328@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2026-02-02**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	SANDRA LUCIA HINE PINO		
DOCUMENTO:	57428761		
DIRECCIÓN:	CARRERA 9A # 4-20	TELEFONO:	3218160506
CORREO ELECTRONICO:	SANDRAHINE2328@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:	CD20260156
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:	138	CDP:	2	FECHA INICIO:	2026-01-08	FECHA FINAL:	2026-02-28

VALOR CONTRATO:	5.200.000,00	VALOR A PAGAR:	2.600.000,00

BANCO A CONSIGNAR:	BANCO BBVA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	00130780002001

CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00

PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Enero**

FIRMA

SANDRA LUCIA HINE PINO
C.C. 57428761 expedida en SANTA MARTA

HUJMB	**ACTA DE INICIO**	CÓDIGO: GJC28F VERSIÓN: 002 FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 09/02/2026 PÁGINA 1 de 1

ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD202601560 DEL 2026

NO. DEL CONTRATO	CD202601560 DEL 2026
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	HINE PINO SANDRA LUCIA
NO. DE IDENTIDAD	57426761
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	SIETE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/L ($7.800.000)
FORMA DE PAGO	EL HUJMB cancelará al CONTRATISTA,3 cuota(s), por valor de DOS MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M/L ($2.600.000), 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 31 de MAYO de 2026.
CDP	437
REGISTRO PRESUPUESTAL	2314
SUPERVISOR DEL CONTRATO	SUBGERENTE CIENTIFICA

Entre los suscritos, **LIZETH CARDENAS ZAMBRANO**, mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **1.082.957.906**, obrando en calidad de **SUBGERENTE CIENTIFICA** quien actúa como supervisor del contrato **CD202601560** por una parte **HINE PINO SANDRA LUCIA** 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 se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta a los 24 Días, del mes de MARZO del año 2026.

SUPERVISOR,

LIZETH CARDENAS ZAMBRANO
C.C 1.082.957.906

CONTRATISTA,

HINE PINO SANDRA LUCIA
CC 57426761

Profesional Administrativo Universitario

FUMB	**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO**	**CODIGO: GJCZ3F** **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

SANDRA LUCIA RUIZ PINO

CON C.C Nº 57428761

EL CUAL SE SUSCRIBE EL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

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.**

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20261569**	**DE FECHA DE INICIO**	**24/03/2026**

ITEM	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	Brindar atención de enfermería a los pacientes de consulta externa y hospitalizados, según sus necesidades físicas, fisiológicas, psicológicas y sociales, asegurando un cuidado integral y personalizado.
2	Hacer un uso adecuado y racional de los elementos, recursos y demás medios proporcionados por la institución, garantizando su conservación y aprovechamiento eficiente.
3	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
4	Observación y reporte de signos de alarma presentados por sus pacientes
5	Informar las fallas de material y equipo de servicios, al líder más cercano.
6	Participar en los programas de enseñanza en servicio para desarrollo de personal Proporcionar orientación al paciente y familiar
7	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 Méndez Barreneche. Adicionalmente la garantía de los servicios ofrecidos debe permitir que estos mantengan su calidad e idoneidad.
8	Realizar asepsia general semanal y diaria cuando egrese el paciente, registrar en el formato correspondiente.
9	Clasificar, ordenar y controlar las lencerías de los servicios a efectos de reposición de ropas y de vestuario, relacionándose con los servicios de lavandería.
10	8. Realizar una adecuada segregación de los elementos de protección personal, residuos hospitalarios que se generen de la atención de los pacientes, de cualquier otro procedimiento y manejo de ropa sucia.
11	Recibir, registrar oportunamente los elementos de protección personal y cumplir con el correcto uso de estos. Diligenciar correctamente los formatos requeridos en los servicios
12	Desarrollar las actividades definidas de acuerdo a contratación definido por partes con las agendas establecidas mensuales
13	Realizar notas de Enfermería a pacientes asignados en los tiempos reglamentados
14	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.
15	informar a la enfermera y médico del estado de los pacientes relacionados a su competencia.

No. DE PLANILLA:	[redacted]	**OPERADOR:**	[redacted]
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SALUD TOTAL**	**18/03/2026**	**214.500**
PENSIÓN:	**PORVENIR**	**18/03/2026**	**298.200**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**18/03/2026**	**42.705**

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

(Favor relacionar todos los documentos que anexa)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

FIRMA DEL CONTRATISTA:	
No. IDENTIFICACIÓN:	**C.C. No. 57428761**

aportes en línea

Resumen General de Pago

PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	Dv	Razón Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Municipio	Ciudad Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1		[redacted]	[redacted]	PRINCIPAL	[redacted]	[redacted]	[redacted]	NO

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clase		Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora		Valor
[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	E	[redacted]	[redacted]	[redacted]	0		[redacted]

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES	
No.	Identificación	Nombre	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	IBC	Aporte
[redacted]																				
Cotiza en Tabajo PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,000			$1,750,905	$210,908			$0	$0			$1,750,905	$40,250	$0	$0
Cotiza SANTA MARTA Sucur. MAGDALENA (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,000			$1,750,905	$210,908			$0	$0			$1,750,905	$40,250	$0	$0
1	CC	[redacted]	[redacted]	[redacted]	$1,750,905	$280,000	[redacted]	[redacted]	$1,750,905	[redacted]			$0	$0	[redacted]	[redacted]	$1,750,905	$40,250	$0	$0
Total	Afiliados(1)				$1,750,905	$280,000			$1,750,905	$210,908			$0	$0			$1,750,905	$40,250	$0	$0

2026/03/18 02:46 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	1	[illegible]	[illegible]	BANCO DE OCCIDENTE	[illegible]	[illegible]

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$1,800	$0	$28[illegible]
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$1,800	$0	$28[illegible]
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$200	$0	$42,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$42,700	$200	$0	$42,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$800	$0	$219,700
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$218,900	$800	$0	$219,700
TOTAL				1	$541,800	$2,[illegible]	$0	$54[illegible]