CANDELARIA REDONDO CANDELARIA
36561645
CARRERA 43 # 22/67
6054331869
CREDONDOSANTOYA@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2026-06-30**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	CANDELARIA REDONDO CANDELARIA		
DOCUMENTO:	36561645		
DIRECCIÓN:	CARRERA 43 # 22/67	TELÉFONO:	6054331869
CORREO ELECTRONICO:	CREDONDOSANTOYA@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:	CD20262045						
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:	2935	CDP:	954	FECHA INICIO:	2026-06-12	FECHA FINAL:	2026-08-31
VALOR CONTRATO:	7.800.000,00			VALOR A PAGAR:	2.600.000,00		
BANCO A CONSIGNAR:	DAVIVIENDA			TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	117100077652
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Junio**						

FIRMA

Candelaria Redondo S

CANDELARIA REDONDO CANDELARIA
C.C. 36561645 expedida en SANTA MARTA

Powered by CamScanner

ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20262045 DEL 2026

NO. DEL CONTRATO	CD20262045 DEL 2026
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**REDONDO SANTOYA CANDELARIA**
NO. DE IDENTIDAD	**36561645**
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 AGOSTO de 2026.
CDP	954
REGISTRO PRESUPUESTAL	2935
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 **CD20262045** por otra parte **REDONDO SANTOYA CANDELARIA** 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 12 Días, del mes de JUNIO del año 2026.

SUPERVISOR,

LIZETH CARDENAS ZAMBRANO
C.C 1.082.957.906

Proyectó: María Fernanda De Alba
Profesional Administrativo Enfermeria

CONTRATISTA,

REDONDO SANTOYA CANDELARIA
CC 36561645

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

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y

CANDELARIA REDONDO SANTOYA

CON C.C Nº 36.561.645

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.	CD20262045	DE FECHA INICIO	12/6/2026

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 en
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 ser
8	Realice una adecuada segregacion de los elementos de proteccion personal,residuos hospitalarios que se generen de la atencion d
9	Recibi y registre oportunamente los elementos de proteccion personaly cumplir con el correcto uso de estos.Diligenciar correctame
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 de
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 cumplimi
15	Realice todas y cada una de las actividades que me asigne el supervisor del contrato y los demas que determine el Gerente, y que s

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9506065468	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	23/06/2026	$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	23/06/2026	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	23/06/2026	$ 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 regulera 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:	Candelaria Redondo
Nº. IDENTIFICACIÓN:	36.561.645

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 36561645		REDONDO SANTOYA CANDELARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 43 # 22 73 brr santa fe	SANTA MARTA-MAGDALENA	4331869	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	1000000867	9506065468	I	2026/06/11	2026/06/23	BANCO DE BOGOTA	12	$546,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO						PENSION			SALUD				CCF			RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	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	36561645	REDONDO CANDELARIA	25-14	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

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 36561645		REDONDO SANTOYA CANDELARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 43 # 22 73 brr santa fe	SANTA MARTA-MAGDALENA	4331869	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	1000000867	9506065468	I	2026/06/11	2026/06/23	BANCO DE BOGOTA	12	$546,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$2,500	$0	$282,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$280,200	$2,500	$0	$282,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$400	$0	$43,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$42,700	$400	$0	$43,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$2,000	$0	$220,900
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$218,900	$2,000	$0	$220,900
TOTAL				1	$541,800	$4,900	$0	$546,700

Powered by CamScanner