KEYLIN JOHANNA BOSSIO ARRIETA
1124051103
CARRERA 18 # 23-26 ALCAZARES
3014395635
KEIIBOSSIOA.1994@GMAIL.COM

# CUENTA DE COBRO

## DATOS PERSONALES

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Diligenciamiento:** | **2026-06-30** | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS: | KEYLIN JOHANNA BOSSIO ARRIETA | | |
| DOCUMENTO: | 1124051103 | | |
| DIRECCIÓN: | CARRERA 18 # 23-26 ALCAZARES | TELÉFONO: | 3014395635 |
| CORREO ELECTRONICO: | KEIIBOSSIOA.1994@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: | CD20262341 | | | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE. | | | | | | |
| RP: | 3328 | CDP: | 954 | FECHA INICIO: | 2026-06-20 | FECHA FINAL: | 2026-08-31 |
| VALOR CONTRATO: | 11.100.000,00 | | | VALOR A PAGAR: | 3.700.000,00 | | |
| BANCO A CONSIGNAR: | BANCO CAJA SOCIA | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | No. CUENTA: | 24100285310 |
| CDP - ADICION: | N/A | RP - ADICION: | N/A | VALOR ADICION: | 0,00 | | |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **Junio** | | | | | | |

## FIRMA

Keilyn Bossio A

KEYLIN JOHANNA BOSSIO ARRIETA
C.C. 1124051103 expedida en MAICAO - LA GUAJIRA

Powered by CamScanner

| | | |
|---|---|---|
| HUJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | **ACTA DE INICIO** | CÓDIGO: GIC25F<br>VERSIÓN: 002<br>FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 09/1/2025<br>PÁGINA 1 de 1 |

**ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20262341 DEL 2026**

| | |
|---|---|
| **NO. DEL CONTRATO** | **CD20262341 DEL 2026** |
| **NOMBRE DEL CONTRATANTE** | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | **BOSSIO ARRIETA KEYLIN JOHANNA** |
| **NO. DE IDENTIDAD** | **1124051103** |
| **OBJETO DEL CONTRATO** | PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA(O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO** | DOCE MILLONES DE PESOS M/L. ($12.000.000) |
| **FORMA DE PAGO** | EL HUJMB cancelará al CONTRATISTA,3 cuota(s), por valor de CUATRO MILLONES DE PESOS M/l. ($4.000.000), 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** | 3328 |
| **SUPERVISOR DEL CONTRATO** | **SUBGERENTE CIENTIFICA** |

Entre los suscritos, **LIZETH CARDENAS ZAMBRANO**, mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadania número **1.082.957.906**, obrando en calidad de **SUBGERENTE CIENTIFICA** quien actúa como supervisor del contrato **CD20262341** por otra parte **BOSSIO ARRIETA KEYLIN JOHANNA** 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 20 Dias, del mes de JUNIO del año 2026.

SUPERVISOR,

**LIZETH CARDENAS ZAMBRANO**
**C.C 1.082.957.906**

CONTRATISTA,

**BOSSIO ARRIETA KEYLIN JOHANNA**
**CC 1124051103**

Pro[illegible] De Alba
Profesional Administrativo Enfermeria

Powered by CamScanner

| | | |
|---|---|---|
| E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE | FORMATOINFORMEDEEJECUCIÓN DE ACTIVIDADESDELCONTRATO | CODIGO:GJC23F<br>VERSION: 003<br>FECHADEULTIMAREVISION:<br>22/08/2024<br>PAGINA1de 1 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| CELEBRADOENTRE LAE.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZBARRENECHE Y | | | |
| KEYLIN JOHANNABOSSIO ARRIETA | | | |
| CONC 1124051103 | | | |
| I.INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | |
| OBJETODEL CONTRATO: | PRESTACIÓNDE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA(O) PARAREALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.EHOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE. | | |
| CONTRATO DE PRESTACIÓNDE SERVICIOS PROFESIONALES No. | CD20262341 | DE FECHAINICIO | 20/06/2026 |

| ITEM | II.ACTIVIDADESREALIZADAS ENEL PERIODO, DE ACUERDO CONELOBJETO YLASOBLIGACIONES ESTABLECIDAS ENELCONTRATO |
|---|---|
| 1 | Planear, organizar, dirigir, realizar las gestiones necesarias para lograr el funcionamiento de los servicios de acuerdo a los planes yprogramas establecidos. |
| 2 | Realizar Rondas de Seguridad de Paciente diaria: Identificación de paciente, Venopunciones, Equipos invasivos, segregación de residuos hospitalarios, orden y aseo de los servicios |
| 3 | Verificar la aplicación de listas de chequeo para el control en la prevención de infecciones y procesos básicos de Enfermería. |
| 4 | Velar por el cumplimiento de los protocolos, procesos yformatos de los diferentes servicios, ejemplo, el ingreso y salida de los auxiliares de enfermería. |
| 5 | Comprobar la realización de la asepsia en los diferentes servicios y que se encuentre bien organizado los sitios de trabajo. |
| 6 | Vigilar y controlar el uso adecuado de los registros de enfermería (expediente clínico, censo, registros estadísticos, planes de asignación, rotación, etc.) y asegurar la actualización diaria de los registros en el tablero de camas reservadas. |
| 7 | Detectar la necesidad de material/equipo de los servicios ygestionar la adquisición. |
| 8 | Verificar que se cumpla con la notificación inmediata de los eventos adversos y/o incidentes que se presenten en la atención del paciente |
| 9 | Verificaciónde la preparación adecuada de los estudios ycirugía. |
| 10 | Verificar el registro de las curaciones de las enfermeras asistenciales |
| 11 | Asistir a las reuniones y rondas médicas y de enfermería de su área para estar al tanto del proceso de atención y cuidado de los pacientes. |
| 12 | Realizar la Notificación de daños yrealizar ronda conjuntamente con el área de mantenimiento. |
| 13 | Informar por escrito, diariamente a coordinación los inconvenientes presentados en cada servicio |
| 14 | Proporcionar atención de enfermería a pacientes hospitalizados según las necesidade físicas, fisiológicas, psicológicas y sociales según los establecido en el plan de atención de enfermería |
| 15 | Apoyar en el Manejo y control de material yequipo en la atención del paciente |
| 16 | Diligenciar y entregar historias clínicas a facturación de paciente que tengan egresos en el orden establecidos. |
| 17 | Cumplir con el diligenciamiento de los RIPS, formatos, instrumentos de control, seguimiento, evaluación, de la E.S.E. |
| 18 | Verificar el correcto diligenciamiento del formato de SIVIGILA |
| 19 | Actualizar Kardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo a los cambios efectuados por médico tratante en la evolución y ordenes médicas, en los diferentes turnos (corrido, noche) etc |
| 20 | Administraciónde medicamentos de acuerdo al protocolo institucional. |
| 21 | Supervisar y cumplir con la correcta segregación de los elementos de protección personal y manejo de ropa sucia. |

Powered by CamScanner

| | |
|---|---|
| 22 | Debe realizar un informe detallado sobre las actividades realizadas y el cumplimiento de las mismas, según la secuencia establecida por la Unidad Funcional de Enfermería |
| 23 | Apoyar en la supervisión e inspección oportuna al carro de paro, equipos biomédicos con los que cuenta el servicio, hacer las respectivas anotaciones a que hallan lugar sea diaria y quincenal |
| 24 | Gestionar la información, y/o documentos físicos, órdenes de procedimientos que se genere en el servicio de acuerdo a la necesidad del paciente y normatividad. |
| 25 | 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. |
| 26 | Cumplir con lo establecido en la resolución 3280 de 2018, de manera que se garantice la efectiva y oportuna atención definida en la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal, Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna y Estrategia Hospital Padrino, según su competencia. |
| 27 | Capacitar al personal asistencial (enfermeras) sobre colocación de implante sub dérmico y aplicación de métodos de anticoncepción. |

**III. INFORMACIÓNDE APORTES ASEGURIDAD SOCIAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No.DE PLANILLA:** | **4653148311** | **OPERADOR:** | **SOI** |
| **CONCEPTODEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHADE PAGO** | **VALORPAGADO** |
| **SALUD:** | SALUD TOTAL | **16/06/2026** | **281.900** |
| **PENSIÓN:** | **COLPENSION** | **16/06/2026** | **220.200** |
| **RIESGOS LABORALES:** | **POSITIVA** | **16/06/2026** | **43.000** |

**IV.DECLARACIONES DEL CONTRATISTA**

1.-Que desarrollé lasactividades descritas enelinforme anexo,dentro delperíodo de cobro.
2.- Que realicé elpago de la Seguridad Social porelvalor que exige la Ley, pago delcualanexo copia simple.
3.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión alseñalado contrato.

**V. ANEXOS**
(Cuandosarequiera comouna delas obligaciones del contrato)

Anexarevidenciasfotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas enelperíodo correspondiente

| | |
|---|---|
| **FIRMADEL CONTRATISTA:** | Keilyn Bossio A |
| **N°.IDENTIFICACIÓN:** | **1124051103** |

Powered by CamScanner

SOI

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| IÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1124051103 |
| N SOCIAL: | | | KEYLIN JOHANNA BOSSIO ARRIETA |
| O: | | | MAGDALENA |
| | SANTA MARTA | DEPARTAMENTO: | 4205760 |
| | MZ Q CASA 2 BARRIO ASOCON | TELÉFONO: | I-NDEPENDIENTE |
| | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | Comercio al por mayor de computadores, equipo per |
| | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONÓMICA: | NO |
| NTACIÓN: | UNICO | | |
| NERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | 4653148311 | TIPO DE PLANILLA: | | | I-NDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | mayo AÑO | 2026 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | mayo AÑO | 2026 |
| DÍAS DE MORA: | | | 14 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2026/06/16 | NUMERO AUTORIZACIÓN: | | | 697164716 |

### TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | MORA COTIZACIÓN | MORA FSP | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 280.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 2.900 | $ 0 | $ 280.200 | $ 2.900 | $ 283.100 |
| | | | | | | | | | $ 280.200 | $ 2.900 | $ 283.100 |

### TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR | LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | LICENCIA MATERNIDAD VALOR | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | LIQUIDACIÓN VALOR ADRES | MORA COTIZACIÓN | MORA VALOR ADRES | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS002-SALUD TOTAL | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 218.900 | $ 0 | $ 2.300 | $ 0 | $ 218.900 | $ 2.300 | $ 0 | $ 221.200 |
| | | | | | | | | | | | | $ 218.900 | $ 2.300 | $ 0 | $ 221.200 |

### TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD IRP VALOR | INCAPACIDAD IRP PAGO A OTROS RIESGOS | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 42.700 | $ 42.700 | $ 500 | $ 0 | $ 43.200 |
| | | | | | | | | $ 42.700 | $ 500 | $ 0 | $ 43.200 |

Planilla Pagada

### LIQUIDACION DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE: NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | NOVEDADES: ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| BIO ETA JIN MAN | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS | | $ 1.750.905 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | |

| SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.750.905 | $ 280.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 280.200 |

| SEGURIDAD SOCIAL — SALUD | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 1.750.905 | $ 218.900 | $ 0 | $ 218.900 |

| SEGURIDAD SOCIAL — ARP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|
| | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 30 | $ 1.750.905 | 112405110 | $ 42.700 |

| PARAFISCALES | DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 547.500**



Powered by CamScanner