**DANA VALENTINA AVELLANEDA CANTILLO**
**1082404359**
**CALLE 4#3-76**
**3207186390**
**danaavellaneda87@gmail.com**

# CUENTA DE COBRO

## DATOS PERSONALES

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Diligenciamiento:** | **2026-07-02** | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS: | DANA VALENTINA AVELLANEDA CANTILLO | | |
| DOCUMENTO: | 1082404359 | | |
| DIRECCIÓN: | CALLE 4#3-76 | TELÉFONO: | 3207186390 |
| CORREO ELECTRONICO: | danaavellaneda87@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: | CD20262170 |
| 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: | 3441 | CDP: | 954 | FECHA INICIO: | 2026-06-22 | FECHA FINAL: | 2026-08-31 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| VALOR CONTRATO: | 7.800.000,00 | VALOR A PAGAR: | 2,00 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| BANCO A CONSIGNAR: | BANCOLOMBIA | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | No. CUENTA: | 48289840047 |

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

| | |
|---|---|
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **Junio** |

## FIRMA




DANA VALENTINA AVELLANEDA CANTILLO
C.C. 1082404359 expedida en PUEBLO VIEJO

| | ACTA DE INICIO | CÓDIGO: GJC25F<br>VERSIÓN: 002<br>FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 09/1/2025<br>PÁGINA 1 de 1 |
|---|---|---|

## ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20262170 DEL 2026

| | |
|---|---|
| **NO. DEL CONTRATO** | **CD20262170** DEL 2026 |
| **NOMBRE DEL CONTRATANTE** | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | **AVELLANEDA CANTILLO DANA VALENTINA** |
| **NO. DE IDENTIDAD** | **1082404359** |
| **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** | 3441 |
| **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 **CD20262170** por otra parte **AVELLANEDA CANTILLO DANA VALENTINA** 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 22 Días, del mes de JUNIO del año 2026.

SUPERVISOR,

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

Proyectó: María Camila De Alba
Profesional Administrativo Enfermería

CONTRATISTA,

Dana Avellaneda

**AVELLANEDA CANTILLO DANA VALENTINA**
**CC 1082404359**

| | | |
|---|---|---|
| E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA | **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO** | CODIGO: GJC23F<br>VERSION: 003<br>FECHA DE ULTIMA REVISION: 22/08/2024<br>PAGINA 1 de 1 |

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

**DANA VALENTINA AVELLANEDA CANTILLO**

**CON C.C Nº 1082404359**

**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.** | **CD20262170** | **DE FECHA INICIO** | **22/06/2026** |

| 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 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 Proporcionar orientación al paciente y familiar |
| 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 Méndez Barreneche. Adicionalmente la garantía de los servicios ofrecidos debe permitir que estos mantengan su calidad e idoneidad. |
| 6 | Realizar asepsia general semanal y diaria cuando egrese 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 protección personal, residuos hospitalarios que se generen 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 contratación definido 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 enfermera y médico del estado de los pacientes relacionados a su competencia. |
| 14 | Realizar el seguimiento de la correcta administración de los medicamentos 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:** | **9505406034** | **OPERADOR:** | **APORTES EN LINEA** |
| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
| **SALUD:** | **NUEVA EPS** | **30/06/2026** | **$ 218.900** |
| **PENSIÓN:** | **COLPENSIONES** | **30/06/2026** | **$ 280.200** |
| **RIESGOS LABORALES:** | **POSITIVA** | **30/06/2026** | **$ 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:** | Dana Avellaneda |
| **N°. IDENTIFICACIÓN:** | **CC.1082404359** |

aportes en línea

# Planilla Resumen

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1082404359 | | AVELLANEDA CANTILLO DANA VALENTINA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Cl 4 3-76 | PUEBLOVIEJO-MAGDALENA | 5555555 | 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 | 426006450 | 9505406034 | I | 2026/06/16 | 2026/06/30 | NEQUI | 14 | $547,500 |

## LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

| EMPLEADO | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombre | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Tarifa | Aporte | Dias | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| **SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,750,905 | $280,200 | | | $1,750,905 | $218,900 | | | $0 | $0 | | | $1,750,905 | | $42,700 | | $0 | $0 | | $541,800 |
| **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 | | $541,800 |
| Ciudad: PUEBLOVIEJO Depto: MAGDALENA (1 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,750,905 | $280,200 | | | $1,750,905 | $218,900 | | | $0 | $0 | | | $1,750,905 | | $42,700 | | $0 | $0 | | $541,800 |
| 1 | CC | 1082404359 AVELLANEDA DANA | | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 30 | $1,750,905 | $280,200 | EPS041 | 30 | $1,750,905 | $218,900 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $1,750,905 | 2.436% | $42,700 | 0 | $0 | $0 | No | $541,800 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,750,905 | $280,200 | | | $1,750,905 | $218,900 | | | $0 | $0 | | | $1,750,905 | | $42,700 | | $0 | $0 | | $541,800 |

aportes en línea

# Planilla Resumen

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $280,200 | $2,900 | $0 | $283,100 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $280,200 | $2,900 | $0 | $283,100 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $42,700 | $500 | $0 | $43,200 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $42,700 | $500 | $0 | $43,200 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $218,900 | $2,300 | $0 | $221,200 |
| NUEVA EPS MOVILIDAD | EPS041 | 900,156,264 | 2 | 1 | $218,900 | $2,300 | $0 | $221,200 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$541,800** | **$5,700** | **$0** | **$547,500** |