E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA	**FORMATOINFORMEDE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO**	CODIGO:GJC23F VERSION: 003 FECHADEULTIMAREVISION: 22/08/2024 PAGINA 1de 1

CELEBRADOENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIOMENDEZ BARRENECHEY

FLORELVIA BOLAÑO PELAEZ

36.696.522

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION 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.	**CD20262114**	**DE FECHA INICIO**	**16/06/2026**

ITE	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	Garantizarlapresencia oportuna, cuando se requiera hacer losprocedimientosy labores propias del auxiliar de enfermería en cualquier servicio de la E.S.E
2	Observación y reportede signosde alarmapresentados porsus pacientes
3	Informarlas fallasde materialy equipode servicios, al lídermás 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	Realizarasepsiageneral semanal y diariacuando egrese el paciente, registrar en el formato correspondiente.
7	Clasificar, ordenar y controlar las lencerías de losservicios a efectos de reposición de ropas y de vestuario, relacionándose con los servicios de lavandería.
8	Realizar una adecuadasegregación 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,registraroportunamenteloselementos deprotección personal y cumplir con el correcto uso deestos Diligenciar correctamentelosformatosrequeridosenlosservicios
10	Desarrollarlasactividadesdefinidasdeacuerdo a contratación definidoporpartes conlas agendasestablecidas mensuales
11	Realizarnotasde Enfermería a pacientesasignadosen lostiempos reglamentados
12	Preparar el cuerpo del paciente fallecido y entregar al familiar todas las pertenenciaspersonales del mismo, asegurando que se realice de manera respetuosa y conforme a los procedimientos establecidos
13	Informarala enfermera y médico delestado de los pacientes relacionadosa su competencia
14	Realizar el seguimiento de la correcta administración de losmedicamentos bajo la supervisión de la enfermera, garantizando el cumplimiento de los protocolos establecidos y el bienestar del paciente
15	Gerente,y quese derivende lasnecesidades dela E.S.E.

III.INFORMACIÓN DE APORTESASEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**6022395831**	**OPERADOR:**	**SOI**
CONCEPTODEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHADE PAGO**	**VALORPAGADO**
SALUD:	**SALUDTOTAL**	**24/07/2026**	**218.900**
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**	**24/07/2026**	**280.200**
RIESGOS LABORALES:	**SURA**	**24/07/2026**	**42.700**

IV.DECLARACIONESDEL CONTRATISTA

1.-Quedesarrollé lasactividadesdescritas en el informeanexo, 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 (Cuandose requiera como una de las obligaciones del contrato)	
Anexarevidenciasfotográficasy/odocumentales quesoportenlasactividades realizadas enel período correspondiente	
FIRMA DEL CONTRATISTA:	 **CC;36.696.522. SANTA MARTA**
N°.IDENTIFICACIÓN:	

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	36696522
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			FLORELVIA BOLANO BOLANO PELAEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	CALLE 9C16C 26 ALMENDROS	TELÉFONO:	4362538
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:	**6022395831**			TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	junio	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	junio	AÑO 2026
DÍAS DE MORA:	17						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/07/24			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	506512026		

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	$ 3.500	$ 0	$ 280.200	$ 3.500	$ 283.700
SUBTOTALES:										**$ 280.200**	**$ 3.500**	**$ 283.700**

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
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 2.800	$ 0	$ 218.900	$ 2.800	$ 0	$ 221.700
SUBTOTALES:													**$ 218.900**	**$ 2.800**	**$ 0**	**$ 221.700**

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
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 42.700	$ 42.700	$ 600	$ 0	$ 43.300
SUBTOTALES:									**$ 42.700**	**$ 600**	**$ 0**	**$ 43.300**

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 36696522	BOLAÑO PELAEZ FLORELVIA	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	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.750.905	36696522	$ 42.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 548.700

Planilla Pagada

FLORELVIA BOLAÑO PELAEZ
36696522
CALLE9#16C-26
3016026798
ADRIANANDRES2008@HOTMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2026-07-29**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	FLORELVIA BOLAÑO PELAEZ		
DOCUMENTO:	36696522		
DIRECCIÓN:	CALLE9#16C-26	TELÉFONO:	3016026798
CORREO ELECTRONICO:	ADRIANANDRES2008@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

N° CONTRATO:	CD20262114						
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:	2983	CDP:	954	FECHA INICIO:	2026-06-16	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:	117100080565
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Julio**						

FIRMA

FLORELVIA BOLAÑO PELAEZ
C.C. 36696522 expedida en SANTA MARTA

Scanned with CamScanner