LILIANA PATRICIA MARTINEZ GANEZ
36559648
MANZANA N CASA 10 NUEVO MILENIO
3168370023
LILIPWT@HOTMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2026-07-29**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	LILIANA PATRICIA MARTINEZ GANEZ		
DOCUMENTO:	36559648		
DIRECCIÓN:	MANZANA N CASA 10 NUEVO MILENIO	TELÉFONO:	3168370023
CORREO ELECTRONICO:	LILIPWT@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:	CD20262670
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

RP:	3288	CDP:	954	FECHA INICIO:	2026-06-19	FECHA FINAL:	2026-08-31

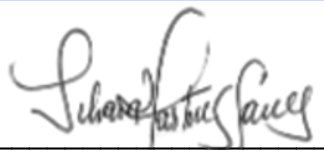
VALOR CONTRATO:	7.800.000,00	VALOR A PAGAR:	2.600.000,00

BANCO A CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	78145555671

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

PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Julio**

FIRMA



LILIANA PATRICIA MARTINEZ GANEZ
C.C. 36559648 expedida en SANTA MARTA

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA	**FORMATOINFORME 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

LILIANA PATRICIA MARTINEZ GAMEZ

CON C. 36559648

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERME RÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVIC IOS PROFESIONALES No.	**CD20262670**	**DE FECHA INICIO**	**19/06/2026**

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	Recibíy entregé turno de acuerdo a la guía.
2	Proporcioné atención de enfermería a pacientes de consulta externa, hospitalizados según las necesidades físicas, fisiológicas, psicológicas y sociales. (toma de signos vitales, baño en cama, asistir en la alimentación, toma de glucometría, cambios de posición, arreglo de la unidad, toma de muestra de laboratorio, realizar venopunción y verificar signos de flebitis, instalar y retirar infusiones de líquidos, asepsia a los implementos de trabajo como aspirador, riñoneras, pisingos, patos cada vez que sea necesario).
3	Asistíalpaciente en la alimentación enteraly parenteral.
4	Informé alenfermero de turnoy a la profesional especializada de seguridad delpaciente los incidentes, eventosadversos presentados enelservicio.
5	Informe de las fallas de materialy equipos deservicios
6	Realicé las respectivas solicitudes y devoluciones a farmacia de insumos o medicamentos de lospacientes que ingreseny egresenbajo la supervisión de la enfermera.
7	Recibíy entregé alospacientes alosdiferentes servicios con la listade chequeo correspondiente
8	Asistíalarondamédicas y durante los procedimientos de estos
9	Apoyé alpersonalde enfermeras en los procedimientos (curaciones, colocación y retiro de sonda vesical, sonda nasogástrica, ECG, y otros procedimientos)y en marcar los rótulos en la hora de instalar el medicamento
10	Realicé durante el turno,seguimiento diario y registrar todas las actividades y evolucionesdelpaciente en lahistoriaclínica (notas de Enfermeria), en los tiempos reglamentados
11	Observé yreporté designosdealarmapresentados por suspacientes
12	Informéalaprofesionalespecializada de seguridad delpaciente los incidentes,eventosadversos y participar en reuniones paraestudio de estosy todos los quederiven de la atención delpaciente
13	Proporcionéorientación alpacientey familiar
14	Atenderalos pacientes con trato humanizado en el turno y /oáreaa asignadade la E.S.E
15	Realicéasepsiageneralsemanaly diariacuando egrese elpaciente,registrar en elformato correspondiente.
16	Clasifiqué,ordené ycontrolé las lencerías de los servicios a efectos dereposición de ropasy de vestuario,relacionándose con los servicios de lavandería.
17	Realicé unaadecuadasegregación de loselementos de protección personal, residuos hospitalarios que segeneren de la atención de los pacientes, de cualquierotro procedimiento y manejo de ropasucia.
18	Recibí,registré oportunamente los elementosdeprotección personaly cumplir con el correcto usodeestos.
19	Hicé lossososcorrectos de administración de medicamentos
20	Me Adheríaprotocolos,guías y procedimientos requeridos en la prestación del servicio.
21	21. Conducira los usuarios a los distintos servicios y a otras instituciones de salud.
22	22. Arreglo del cadávery entregarle al familiar todas laspertenencias delpaciente fallecido
23	23. Informara laenfermera y médico de la fugadelpaciente
24	24. Realizarseguimientoalaadministración de los medicamentos porla enfermera (farmacovigilancia)
25	Realizar procesos de esterilización del instrumental, insumos y dispositivos médicos, comprobar el correcto empaquetamiento de este y el cumplimiento de los registros específicos.
26	Preparar los paquetes de material(confección de apósitos de gasa,torundas y otro material),Colocar los controles químicos y biológicosnecesarios, Poner las fechas de envasado, Cerrar los sobres de material.
27	Clasificar elmaterialde esterilización,comprobarel correcto empaquetamiento,Introducirlos diferentes paquetessegúncaracterísticas,Colaborar en la puesta en marchade los aparatos, cumplimentar los registros específicos.
28	Proporciona desde lazona intermedia todo elmaterialnecesario para la intervención (hojas bisturíes,apósitos...),y mantiene lazona repuesta, limpia y ordenada.
29	Trasladaralpaciente aquirófanoy realizarelmonitoreo completo(pulsioxímetro, tensiómetro, electrodos,placa de bisturí) para iniciar ´procedimientos quirúrgicos.
30	Aeguréelcorrectoetiquetado de las muestrasbiológicas obtenidas durante la intervencióny de su envíoalos laboratorios correspondientes (Anatomía Patológica, Microbiología, etc.).
31	Revisé el funcionamiento de los equiposy elementos que seencuentran en laambulanciay otros servicios:pulsoximetro,aspirador,tensiómetro, el desfibrilador,etc.
32	Ayudé al médico en las maniobras de "soporte vitalbásico" (SVB)y "soporte vitalavanzado" (SVA) que seaplique al enfermo crítico.
33	Movilicé e inmovilizar alpaciente con seguridad y rapidez,enproblemas traumatológicos y psiquiátrico. etc,
34	Realicé el traslado de un paciente a otro servicio o por medio de la ambulancia, antes: Recibir las órdenes del servicio, Informarles a los familiares que se le van a realizarlos procedimientos y debe estar listo media hora antes, verificarel nombre delpaciente, número de cama asignada, verificar elestado delpaciente, para ver si se puede transportar en silla de rueda o en camilla, verificar el acompañamiento del familiar, mirar las condiciones de las venas, siestán permeables y con angiocath No. 18 y reciente.
35	Traladem uestras al laboratorio
36	Surtía los consultorios de materiales, equipos, etc.
37	Alrecibirelpaciente procedente de cirugíau otros servicios, verificarque la historia clínica estén todos los registros médicos y de enfermeríaestén lleno.

38	Recogerlas facturas de los pacientes y verificarque estosaparezca en elsistema.
39	Bajo la resolución 1955de 1999 y839del 2017Cumplircon eldiligenciamiento de los RIPS, formatos de seguimiento,evaluación, facturación y registro propios de la E.S.E.
40	Uso adecuado yracional de elementos,recursos y demás medios institucionales.
41	Garanticé la presenciaoportuna, cuando se requierahacer los procedimientos y labores propiasdelauxiliar de enfermería en cualquier servicio de la E.S.E
42	Respondí por las daños y perjuicios en salud que se le generen a un usuario porsu negligencia, omisión, descuido,olvido exceso o cualquierotraacción imputable a su culpa
43	Tenercomunicación las 24 horas deldíaparasu fácil localización en casos de urgencias, paralo cualdeberán certificar el número telefónico.
44	La suspensión,cancelación yatrasos en la prestación de los servicios porincumplimiento en los turnos asignados sin justificación que ocasionen trastornos y o alteraciones en laoportunidad de laprestación delservicio,serán objeto de glosas de la orden que se genere,el incumplimiento aun turno nocturno no tiene derecho aldescanso.
45	El valor mensualfacturado dependerá de lasactividades contratadas y cumplidas por parte delcontratistay verificados porelsupervisor delcontrato
46	Reportéinmediatamente cualquierincapacidad ala profesional especializadade la unidad de enfermería
47	Desarrollélasactividades definidas de acuerdo a contratación definido porpartes con lasagendas de turnoy horasestablecidas mensuales (192h)
48	Asistenciaacapacitaciones,programas de formación continua,y apropiación de procesosde inducciónyreinducción.
49	Garanticé que la prestación de servicio objeto del contrato cumplan estrictamente con las características y referencias descritas en elpresente 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 serviciosofrecidos debe permitir que estos mantengan su calidad e idoneidad.
50	Realicé todas y cadaunade las actividades que asigne el supervisordel contratoy las demás que determine el Gerente,y que se deriven delas necesidades de la E.S.E.

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**4659435663**	**OPERADOR:**	**SOI**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	SALUD TOTAL	06/07/2026	$218,900
PENSIÓN:			
RIESGOS LABORALES:	SURA	06/07/2026	$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:	
N°. IDENTIFICACIÓN:	C.C. 36559648

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LILIANA PATRICIA MARTINEZ GAMEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **36559648,** se encuentra afiliado/a desde **01/11/2024** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 23 de julio de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	36559648
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LILIANA PATRICIA MARTINEZ GAMEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	MANZANA N CASA 10 NUEVA MILENIO	TELÉFONO:	9999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4659435663**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES junio AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES junio AÑO 2026
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/07/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9997356947

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	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900
SUBTOTALES:													**$ 218.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 218.900**

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	$ 0	$ 0	$ 42.700
SUBTOTALES:									**$ 42.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 42.700**

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	MINED TOTAL APORTE
1	CC 36559648	MARTINEZ GAMEZ LILIANA PATRICIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	REQ CUMP PENS	$ 1.750.905				NO																				$	$	$	$	$	$		$	EPS002-SALUD TOTAL	30	1.750.905	$ 218.900	$	$ 218.900	14-11 - ARL SURA	30	1.750.905	36559648	$ 42.700		$		$	$	$	$	$

TOTAL PAGADO: $ 261.600

Planilla Pagada