LILIANA BEATRIZ MAESTRE CARDENAS
57432434
MANZANA 36 CASA 5 - CIUDADELA 29 DE JULIO
4352421
CADIAZGRANADOS@HOTMAIL.COM

# CUENTA DE COBRO

## DATOS PERSONALES

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Diligenciamiento:** | **2026-07-29** | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS: | LILIANA BEATRIZ MAESTRE CARDENAS | | |
| DOCUMENTO: | 57432434 | | |
| DIRECCIÓN: | MANZANA 36 CASA 5 - CIUDADELA 29 [ | TELÉFONO: | 4352421 |
| CORREO ELECTRONICO: | CADIAZGRANADOS@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: | CD20262039 |
| 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: | 2929 | 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: | Banco de bogota | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | No. CUENTA: | 564847531 |

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

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

## FIRMA

LILIANA BEATRIZ MAESTRE CARDENAS
C.C. 57432434 expedida en SANTA MARTA

| E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ 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**

**LILIANA BEATRIZ MAESTRE CARDENAS**

**CON C.C Nº 57432434**

**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.** | **CD20262039** | **DE FECHA INICIO** | **12/6/2026** |

| | **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 |
| 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 MÉDEZ BARRENECHE, ADICIONALMENTE LA |
| 6 | REALIZAR ASEPSIA GENERAL SEMANAL Y DIARIA CUANDOEGRESE 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 PROTECCIÓNPERSOBNAL, RESIDUOS HOSPITALARIOS QUE SE GENERAN 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 LA CONTRATACIÓN DEFINIDA 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 ENFEMERA Y MÉDICO DEL ESTADO DE LOS PACIENTES RELACIONADOS A SU COMPETENCIA |
| 14 | REALIZAR EL SEGUIMIENTO DE LA CORRECTA ADMINISTRACIÓN DE LOS MEDICAMENTES 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:** | **4655826171** | **OPERADOR:** | **SOI** |
| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
| **SALUD:** | **SANITAS** | **24/7/2026** | **218,900** |
| **PENSIÓN:** | **COLPENSIONES** | **24/7/2026** | **280,200** |
| **RIESGOS LABORALES:** | **SURA** | **24/7/2026** | **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:** | **CC.57432434** |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 57432434 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | LILIANA BEATRIZ MAESTRE CARDENAS |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | SANTA MARTA | DEPARTAMENTO: | MAGDALENA |
| DIRECCIÓN: | CLL 26 BIS N 7D 17 LA ESPERANZA | TELÉFONO: | 4352421 |
| 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: | **4655826171** | | | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES junio AÑO 2026 | | | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES junio AÑO 2026 |
| DÍAS DE MORA: | 16 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2026/07/24 | | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 9997539229 |

**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 | $ 3.300 | $ 0 | $ 280.200 | $ 3.300 | $ 283.500 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 280.200** | **$ 3.300** | **$ 283.500** |

**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 |
| EPS005 | EPS005-SANITAS S.A | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 218.900 | $ 0 | $ 2.600 | $ 0 | $ 218.900 | $ 2.600 | $ 0 | $ 221.500 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 218.900** | **$ 2.600** | **$ 0** | **$ 221.500** |

**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 57432434 | MAESTRE CARDENAS LILIANA BEATRIZ | 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 | EPS005-SANITAS S.A | 30 | $ 1.750.905 | $ 218.900 | $ 0 | $ 218.900 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.750.905 | 57432434 | $ 42.700 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 548.300**

Planilla Pagada