JULIETH PAOLA FONTALVO MONTERO
1082962833
MANZANA 5 CASA 4 B/ MINUTO DE DIOS
3217561650
JULIPFONTALVO@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2026-09-04**
NOMBRES Y APELLIDOS:	JULIETH PAOLA FONTALVO MONTERO
DOCUMENTO:	1082962833

DIRECCIÓN:	MANZANA 5 CASA 4 B/ MINUTO DE DIO	TELÉFONO:	3217561650
CORREO ELECTRONICO:	JULIPFONTALVO@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:	CD20262345
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:	3329	CDP:	954	FECHA INICIO:	2026-06-20	FECHA FINAL:	2026-09-30

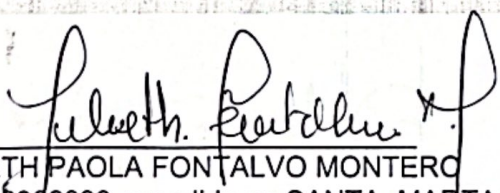
VALOR CONTRATO:	14.800.000,00	VALOR A PAGAR:	3.468.750,00

BANCO A CONSIGNAR:	BBVA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	68902644

CDP - ADICION:	1773	RP - ADICION:	4603	VALOR ADICION:	3.700.000,00

PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Agosto**

FIRMA



JULIETH PAOLA FONTALVO MONTERO
C.C. 1082962833 expedida en SANTA MARTA

Scanned with CamScanner

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

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

JULIETH PAOLA FONTALVO MONTERO

CON C.C Nº 1.082.962.833

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.**

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20262345**	**DE FECHA INICIO**	**20/06/2026**

ITEM	II.ACTIVIDADESREALIZADAS ENEL PERIODO, DE ACUERDO CONEL OBJETO Y LASOBLIGACIONESESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Debenser coherentes con las actividades especificasdel objeto del contrato)II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CONEL OBJETO YLAS OBLIGACIONES ESTABLECIDASEN EL CONTRATO
1	Planear,organizar,dirigir,realizarlasgestiones necesarias para lograr el funcionamiento de los serviciosde acuerdo a los planes y programas establecidos
2	Realizarrondas de seguridad de paciente diaria:Identificacion de paciente,Venopunciones,Equiposinvasivos,segregacion de residuos hospitalarios,orden y aseo de los s
3	Verificarlaaplicacion de las listas de chequeo para el control en la prevencion de infeciones y procesos basicos de enfermeria
4	Velarporel cumplimiento de loa protocologos,procesos y formatos de los diferentes servicios, ejemplo, el ingreso y salidade los auxiliaresde enfermeria
5	Comprobarla realizacionde laasepsiaen los diferentesservicios y que se encuentre bien organizado lossitios de trabajo
6	Vigilary controlar el uso adecuado de losregistros de enfermeria(expediente clinico,censo,registros estadisticos,planes de asignacion rotacion,etc), y asegurar la actualiz
7	Detectar lanecesidad de material/equipo de los servicios y gestionar la adquisicion.
8	Verificarque se cumpla con la notoficacion inmediata de los eventos adversos y/o incidentesque se presenten en la atencion de pacientes
9	Verificacionde la preparacion adecuada de los estudios y cirugia.
10	Verificar el registro de las curaciones de las enfermeras asistenciales.
11	Asistiralas reuniones y rondas medicas y de enfermeria de su area para estar al tanto del proceso de atencion y cuidado de los pacientes.
12	Realizarlanotoficacion de daños y realizar rondas conjuntamentecon el area de mantenimiento.
13	Informar por escrito,diariamente a coordinacionlosinconvenientespresentados en cada servicio.
14	Proporcionaratencionde enfermeria a pacientes hospitalizadossegún las necesidades fisicas,fisiologicas,psicologicas y sociales según lo establecidoen el plande atenc
15	Apoyar en el manejo y control de material y euipos en la atencion del paciente
16	Diligenciary entregar historias clincias a facturacion de pacientesque tengan egresos en el orden establecidos
17	Cumplirconel diligenciamiento de los RIPS, formatos,instrumentos de control,seguimiento,evaluacion de ,laE.S.E.
18	Verificarel correcto diligenciamiento del formato SIVIGILA.
19	Actulizarcardexy tarjetas de medicamentos de acuerdo a los cambios efectuados por el medico tratante en la evoluciony orden ,en los diferentes turnos.(Corrido-Noche)
20	Administracionde medicamentos de acuerdo al protocologo institucional.
21	Supervisarycumplircon la correcta segregacion de los elementos de prteccionpersonal y manejo de ropa sucia
22	Deberealizarun informe detalladosobre lasactividades realizadas y cumplimineto de las mismas,según lasecuenciaestablecidapor la Unidad funcional de Enfermeria
23	Apoyaren la supervisione inpeccion oportuna al carro de paro,equiposbiomedicos con los que cuenta el servicio,hacerlas respectivasanotaciones a que hallan lugar se
24	Gestionarlainformacion,y/o documentos fisicos,ordenes de procedimentos que se genere en el servicio de acuerdo a las necesidades del paciente y normatividad.
25	Garantizarquelaprestacionde servicio objeto del contrato cumplan estrictamente con lascaracteristicas y referenencias descritas en el presente documento de las cuale
26	Cumplirconlo establecido en la resolucion 3280 de 2018. de manera que se garantice la efectividad y oportuna atencion definidaen la Ruta Integral de Atencion Materno

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**9508309485**	**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SURA**	**27/08/2026**	**$ 218.900**
PENSIÓN:	**PORVENIR**	**27/08/2026**	**$ 280.200**
RIESGOS LABORALES:	**SURA**	**27/08/2026**	**$ 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

FIRMADEL CONTRATISTA:	
N°. IDENTIFICACIÓN:	**1.082.962.833P**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICE
CC 1082962833		FONTALVO MONTERO JULIETH PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	manzana 5 casa 4 minuto de Dios	SANTA MARTA-MAGDALENA	4301586	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-07	2026-07	93004141	9508309485	I	2026/08/11	2026/08/2	BANCO DE OCCIDENTE		$548,

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 vcl i vi	Codig	Dia	IBC	Aporte	Codig	Dia	IBC	Aporte	Codi	D	IBC	Aporte	Cod	D	IBC	Tar	Aporte		IBC	Aporte	Exonera SENA e I	Total Apor
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,750,90	$280,20			$1,750,9	$218,9							$1,750,9		$42.					$541,80
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,750,90	$280,20			$1,750,9	$218,9							$1,750,9		$42.					$541,80
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)						$1,750,90	$280,20			$1,750,9	$218,9							$1,750,9		$42.					$541,80
1	CC 1082962833	FONTALVO JULIETH		23030 1	30	$1,750,90	$280,20	EPS01	30	$1,750,9	$218,9					14		$1,750,	2.4	$42				No	$541,80
Total	**Afiliados(1)**					$1,750,90	$280,20			$1,750,9	$218,9							$1,750,		$42					$541,80

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	$3,400	$0	$283,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$3,400	$0	$283,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$600	$0	$43,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$42,700	$600	$0	$43,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$2,700	$0	$221,600
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$218,900	$2,700	$0	$221,600
TOTAL				**1**	**$541,800**	**$6,700**	**$0**	**$548,500**