

SHARAY VANESSA GUTIERREZ BERMUDEZ

1082856525

CALLE 17A # 12A - 61

322256525

SHARAYGUTIERREZBERMUDEZ@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	2026-09-04		
NOMBRES Y APELLIDOS:	SHARAY VANESSA GUTIERREZ BERMUDEZ		
DOCUMENTO:	1082856525		
DIRECCIÓN:	CALLE 17A # 12A - 61	TELÉFONO:	322256525
CORREO ELECTRONICO:	SHARAYGUTIERREZBERMUDEZ@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:	CD20262062		
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:	2964	CDP:	954
FECHA INICIO:	2026-06-16	FECHA FINAL:	2026-09-30
VALOR CONTRATO:	10.400.000,00	VALOR A PAGAR:	2.600.000,00
BANCO A CONSIGNAR:	Bancolombia	TIPO DE CUENTA:	Ahorros
No. CUENTA:	91272328442		
CDP - ADICION:	1434	RP - ADICION:	4369
VALOR ADICION:	2.600.000,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	Agosto		

FIRMA

Sharay Gutierrez

SHARAY VANESSA GUTIERREZ BERMUDEZ
C.C. 1082856525 expedida en SANTA MARTA

**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO**CÓDIGO GUZEP
VERSIÓN 001
FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 20/05/2014
PÁGINA 1 DE 1

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

SHARAY VANESSA GUTIERREZ BERMUDEZ

CON C.C. N° 1,082,856,525

I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

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.

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No.

CD20262062

DE FECHA INICIO

16/06/2026

ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, 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:	9508189966		APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	MUTUAL SER	06/08/2026	218,900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	06/08/2026	280,200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	06/08/2026	42,700

IV. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo 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 periodo correspondiente

SHARAY GUTIERREZ

FIRMA DEL CONTRATISTA:

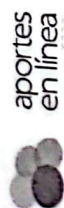
N°. IDENTIFICACIÓN:

C.C. 1.082.856.525



Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																							
Identificación		dv	Razon Social		Clase Aportante		Sucursal Principal		Direccion		Ciudad-Departamento		Teléfono		Exonerado SEIA e ICBF								
CC 1087856525			GUTIERREZ BERNARDEZ SHARAY VANESSA		INDEPENDIENTE		PRINCIPAL		CL 17A-17A-6F		SANTA MARTA-MAGDALENA		3727561382		Nº								
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																							
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago		Banco		Dias Mora		Valor									
2026-07		S470323530		9508189966		I		2026/08/10		2026/08/06		BANCO OMNIA		0		\$541,000							
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																							
EMPLEADO			NOVEDADES					PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISIOS			
No.	Identificación	Nombre	Ingresos	Beneficios	Aportes	Contribuciones	Seguros	Accidentes	IBIC	Aporte	Código	Días	IBIC	Aporte	Código	Días	IBIC	Aporte	Tarifa	Días	Aut		
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)																							
1	CC 1087856525	GUTIERREZ SHARAY					25-14	30	\$1,750,905	\$280,200	ESE07	30	\$1,750,905	\$218,900		0	\$1,750,905	\$42,700	2.4668	0	\$0		
Total		Afiliados(1)																				\$0	



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	\$0	\$0	\$280,200	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700	
POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
TOTAL				1	\$541,800	\$0	\$0	\$541,800	