| | | |
|---|---|---|
| HUJMB<br>E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | **ACTA DE INICIO** | CÓDIGO: GJC25F<br>VERSIÓN: 002<br>FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 09/1/2025<br>PÁGINA 1 de 1 |

## ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO.CD20262250 DEL 2026

| | |
|---|---|
| **NO. DEL CONTRATO** | CD20262250 |
| **NOMBRE DEL CONTRATANTE** | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | BEATRIZ PEDRAZA NARANJO |
| **NO. DE IDENTIDAD** | CC 36554400 |
| **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 |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO** | SIETE MILLONES OCHOCIENTOSN MIL PESOS M/L ($7.800.000) |
| **FORMA DE PAGO** | El HUJMB cancelara al contratista en TRES (3) pago equivalente A DOS MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M/L ($2.600.000), DE CONFORMIDAD CON EL INFORME DE LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES REALIZADAS, PREVIA CERTIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO, EXPEDIDA POR PARTE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO. |
| **PLAZO DE EJECUCIÓN** | Previa legalización, hasta 31 DE AGOSTO DEL 2026 |
| **CDP** | No.954 |
| **REGISTRO PRESUPUESTAL** | No 3039 |
| **SUPERVISOR DEL CONTRATO** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE CONSULTA EXTERNA, APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO |

Entre los suscritos, **EVELYN ROSA GONZÁLEZ ORTEGA**, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía número 36722648 expedida en Santa Marta, obrando en calidad de **PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE CONSULTA EXTERNA, APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO** quien actúa como supervisor del contrato CD20262250 y por otra BEATRIZ PEDRAZA NARANJO , en calidad de contratista quienes se reúnen para dar inicio al contrato en mención, cuyo objeto es el mencionado en la parte superior del presente documento.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa marta a los 16 DIAS DEL MES DE JUNIO DEL 2026.

SUPERVISORA

**EVELYN ROSA GONZALEZ ORTEGA**
**C.C. No. 36.722.648**

CONTRATISTA,

**BEATRIZ PEDRAZA NARANJO**
**C.C. No. 36554400**

| | | |
|---|---|---|
| | **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**

**BEATRIZ PEDRAZA NARANJO**

**CON C.C N° 36554400**

## I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN LA UNIDAD FUNCIONAL DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE. | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | CD20262250 | **DE FECHA INICIO** | 16/6/2026 |

| ITEM | II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades especificas del objeto del contrato) |
|---|---|
| 1 | Se mantuvo presentación personal idónea, respetando normas de bioseguridad y atención humanizada. |
| 2 | Se realizó uso racional de insumos, equipos y medios institucionales asignados. |
| 3 | Se recibio la agenda diaria, verificar asistencia de los usuarios y garantizar su atención por parte del médico tratante |
| 4 | Se realizó manejo adecuado de elementos de protección personal (EPP) y segregación de residuos hospitalarios conforme al PGIRHS. |
| 5 | Se realizó todas y cada una de las actividades que asigno el supervisor del contrato |
| 6 | Se apoyo notificar inmediatamente a la jefe de enfermeria sobre eventos adversos o incidentes en la atencion y en la asepsia de consultorios y areas de trabajo segun protocolo institucional |
| 7 | Se realizaron recibo y entrega de turno de manera puntual, siguiendo el protocolo establecido, toma de signos de vitales a todos los usuarios, traslado del paciente |

## III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | 4659643673 | **OPERADOR:** | SOI |
| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
| **SALUD:** | SALUD TOTAL | 10/8/2026 | 219.900 |
| **PENSIÓN:** | COLPENSIONES | 10/8/2026 | 281.500 |
| **RIESGOS LABORALES:** | SURA | 10/8/2026 | 42.900 |

## 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 requiere como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

| | |
|---|---|
| **FIRMA DEL CONTRATISTA:** | |
| **N°. IDENTIFICACIÓN:** | 36.554.400 |

SOI Pagos de Seguridad Social

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 36554400 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | BEATRIZ PEDRAZA NARANJO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | SANTA MARTA | DEPARTAMENTO: | MAGDALENA |
| DIRECCIÓN: | CALLE 32 # 4 B 78 | TELÉFONO: | 4200000 |
| 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: | | | 4659843873 | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | julio AÑO | 2026 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | julio AÑO | 2026 |
| DÍAS DE MORA: | | | 6 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2026/08/10 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | 9997898189 |

### 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 | $ 1.300 | $ 0 | $ 280.200 | $ 1.300 | $ 281.500 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 280.200 | $ 1.300 | $ 281.500 |

### 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 |
| EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 218.900 | $ 0 | $ 1.000 | $ 0 | $ 218.900 | $ 1.000 | $ 0 | $ 219.900 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 218.900 | $ 1.000 | $ 0 | $ 219.900 |

### 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 | $ 200 | $ 0 | $ 42.900 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | $ 42.700 | $ 200 | $ 0 | $ 42.900 |

Planilla Pagada

SOI

Planilla Pagada

### LIQUIDACION DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |
| 1 | CC 36554400 | PEDRAZA NARANJO BEATRIZ | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.750.905 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE |
| 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.750.905 | $ 280.200 | $ 0 | [illegible] | [illegible] | $ 0 | Normal | $ 280.200 |

| SALUD | | | | | | ARP | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE |
| EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 1.750.905 | $ 218.900 | $ 0 | $ 218.900 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.750.905 | 36554400 | $ 42.700 |

| PARAFISCALES | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 544.300**