ASTRID MARIA SOLANO PIMIENTA
36557017
CALLE 28A # 21 - 42 ALTOS DE SANTA RITA
3008093269
ASSOLANO33@OUTLOOK.ES

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2026-10-30**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	ASTRID MARIA SOLANO PIMIENTA		
DOCUMENTO:	36557017		
DIRECCIÓN:	CALLE 28A # 21 - 42 ALTOS DE SANTA	TELÉFONO:	3008093269
CORREO ELECTRONICO:	ASSOLANO33@OUTLOOK.ES		

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:	CD20263779
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA(O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

RP:	5483	CDP:	2180	FECHA INICIO:	2026-10-11	FECHA FINAL:	2026-12-31

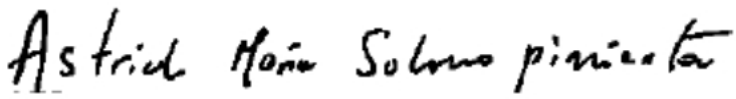
VALOR CONTRATO:	12.000.000,00	VALOR A PAGAR:	4.000.000,00

BANCO A CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	235301611

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

PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Octubre**

FIRMA



ASTRID MARIA SOLANO PIMIENTA
C.C. 36557017 expedida en SANTA MARTA - MAGDALENA

ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20263779 DEL 2026

NO. DEL CONTRATO	**CD20263779** DEL 2026
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**SOLANO PIMINETA ASTRID MARIA**
NO. DE IDENTIDAD	**36557017**
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA(O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENCHE
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	DOCE MILLONES DE PESOS M/L. ($12.000.000)
FORMA DE PAGO	EL HUJMB cancelará al CONTRATISTA 3 cuota(s), por valor de CUATRO MILLONES DE PESOS M/l. ($4.000.000), de conformidad con el informe de la ejecución de las actividades contractuales realizadas, previa certificación de cumplimiento expedida por parte del Supervisor del contrato
PLAZO DE EJECUCIÓN	Previa legalización del contrato sin exceder 31 de DICIEMBRE de 2026.
CDP	2180
REGISTRO PRESUPUESTAL	5483
SUPERVISOR DEL CONTRATO	**PROF. ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA**

Entre los suscritos, **NAZLA BEATRIZ JIMENEZ ALVARADO**, mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **26.671.476**, obrando en calidad de **PROF. ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA** quien actúa como supervisor del contrato **CD20263779** por otra parte **SOLANO PIMINETA ASTRID MARIA** 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 11 Días, del mes de OCTUBRE del año 2026.

SUPERVISOR,

NAZLA BEATRIZ JIMENEZ ALVARADO
C.C 26.671.476

CONTRATISTA,

Astrid Solano pimineta

SOLANO PIMINETA ASTRID MARIA
CC 36557017

Proyectó: [illegible] De Alba
Profesional Administrativo Enfermeria

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE	**FORMATO INFORME 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

ASTRID MARIA SOLANO PIMIENTA

C.C. Nº: 36.557.017

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 E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20263779**	**DE FECHA**	**11/OCTUBRE/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 específicas del objeto del contrato)
1	Planee, organice, dirigí y realicé las gestiones necesarias para lograr el funcionamiento de los servicios de acuerdo a los planes y programas establecidos.
2	Realicér Rondas de Seguridad de Paciente diaria: Identificación de paciente, Venopunciones, Equipos invasivos, segregación de residuos hospitalarios, orden y aseo de los servicios.
3	Verifiqué la aplicación de listas de chequeo para el control en la prevención de infecciones y procesos básicos de Enfermería.
4	Velar por el cumplimiento de los protocolos, procesos y formatos de los diferentes servicios, ejemplo, el ingreso y salida de los auxiliares de enfermería.
5	Comprobé la realización de la asepsia en los diferentes servicios y que se encuentre bien organizado los sitios de trabajo.
6	Vigilar y controlé el uso adecuado de los registros de enfermería (expediente clínico, censo, registros estadísticos, planes de asignación, rotación, etc.) y asegurar la actualización diaria de los registros en el tablero de camas reservadas.
7	Detecté la necesidad de material/equipo de los servicios y gestionar la adquisición.
8	Verifiqué que se cumpla con la notificación inmediata de los eventos adversos y/o incidentes que se presenten en la atención
9	Verifiqué la preparación adecuada de los estudios y cirugía.
10	Verifiqué el registro de las curaciones de las enfermeras asistenciales.
11	Asistí a las reuniones y rondas médicas y de enfermería de su área para estar al tanto del proceso de atención y cuidado de
12	Realicé la Notificación de daños y realizar ronda conjuntamente con el área de mantenimiento.
13	Informé por escrito, diariamente a coordinación los inconvenientes presentados en cada servicio.
14	Proporcioné atención de enfermería a pacientes hospitalizados según las necesidades físicas, fisiológicas, psicológicas y sociales según los establecido en el plan de atención de enfermería.
15	Apoyé en el Manejo y control de material y equipo en la atención del paciente.
16	Diligencié y entregar historias clínicas a facturación de paciente que tengan egresos en el orden establecidos.
17	Cumpí con el diligenciamiento de los RIPS, formatos, instrumentos de control, seguimiento, evaluación, de la E.S.E.
18	Verifiqué el correcto diligenciamiento del formato de SIVIGILA.
10	Actualicé Kardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo a los cambios efectuados por médico tratante en la evolución y ordenes médicas, en los diferentes turnos (corrido, noche) etc.
20	Administré de medicamentos de acuerdo al protocolo institucional.
21	Supervisé y cumplí con la correcta segregación de los elementos de protección personal y manejo de ropa sucia.
22	Realicé un informe detallado sobre las actividades realizadas y el cumplimiento de las mismas, según la secuencia establecida por la Unidad Funcional de Enfermería.
23	Apoyé en la supervisión e inspección oportuna al carro de paro, equipos biomédicos con los que cuenta el servicio, hacer las respectivas anotaciones a que hallan lugar sea diaria.
24	Gestioné la información, y/o documentos físicos, órdenes de procedimientos que se genere en el servicio de acuerdo a la necesidad del paciente y normatividad.
25	Garanticé 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
26	Cumplí con lo establecido en la resolución 3280 de 2018, de manera que se garantice la efectiva y oportuna atención definida en la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal, Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna y Estrategia Hospital Padrino, según su competencia.
27	Capacité al personal asistencial (enfermeras) sobre colocación de implante sub dérmico y aplicación de métodos de anticoncepción.

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	4667076168	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SANITAS**	**23/OCTUBRE/2026**	**218.900**
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**	**N/A**	**0**
RIESGOS LABORALES:	**ARL SURA**	**23/OCTUBRE/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:	Astrid Solano pimienta
N°. IDENTIFICACIÓN:	**36.557.017**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	36557017
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ASTRID MARIA SOLANO PIMIENTA
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	CALLE 28A # 21-42	TELÉFONO:	4353699
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:	**4667076168**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES septiembre	AÑO	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES septiembre AÑO 2026
DÍAS DE MORA:	17				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/10/23			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9998426903

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	$ 2.800	$ 0	$ 218.900	$ 2.800	$ 0	$ 221.700
SUBTOTALES:													**$ 218.900**	**$ 2.800**	**$ 0**	**$ 221.700**

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													
																														FSP		APORTES VOLUNTARIOS																									
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	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	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	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
1	CC 36557017	SOLANO PIMIENTA ASTRID MARIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	NO OBLIG COT PENS EDAD	$ 1.750.905				NO																			30	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	EPS005-SANITAS S.A	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.750.905	36557017	$ 42.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 265.000

Planilla Pagada

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ASTRID MARIA SOLANO PIMIENTA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **36557017,** se encuentra afiliado/a desde **01/01/2012** 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 octubre 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