

**CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y  
HERNANDO PADILLA GALINDO identificado con C.C. 9272864**

Fecha de Diligenciamiento:	2025-08-08
----------------------------	------------

**I. DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES ,PARA REALIZAR LA ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA; PROCEDIMIENTOS MÉDICOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS, ATENCIÓN HOSPITALARIA, DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD A LA POBLACIÓN USUARIA DEL HOSPITAL, A TRAVÉS DE LA ESPECIALIDAD DE PEDIATRIA.				
<b>Nº CONTRATO:</b>	CD20251022	<b>RP:</b>	982	<b>CDP:</b>	35
<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO:</b>	36.000.000,00	<b>VALOR DE HONORARIOS PERIODO:</b>	7.320.000,00		
<b>FECHA DEL ACTA DE INICIO:</b>	2025-01-23	<b>FECHA DE FINALIZACION:</b>	2025-08-31		
<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	EVELYN ROSA GONZALEZ ORTEGA				
<b>UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	UNIDAD FUNCIONAL DE CONSULTA EXTERNA APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO				

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

<b>CDP - ADICION:</b>	1027	<b>RP - ADICION:</b>	3332	<b>VALOR CONTRATO CON ADICION:</b>	14.000.000,00
-----------------------	------	----------------------	------	------------------------------------	---------------

**III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS**

**SATISFACTORIAMENTE**

**IV. CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS**

1. El contrato se encuentra debidamente legalizado: SI
2. El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades: SI
3. Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en su respectiva carpeta contractual: SI
4. Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002: SI

Teniendo en cuenta lo anterior, en mi calidad de supervisor doy visto bueno para el respectivo pago correspondiente al periodo del mes de Julio

**V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES**

  
 \_\_\_\_\_  
 EVELYN ROSA GONZALEZ ORTEGA  
 36722648

UNIDAD FUNCIONAL DE CONSULTA EXTERNA APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO