E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE	**FORMATO INFORME DE SUPERVISOR**	**Código: GJC22F**	**Versión: 1**
		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/01/2024	

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y FREDDY LUIS DANGON MIRANDA identificado con C.C. 1082914742

Fecha de Diligenciamiento:	2026-03-30

I. DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

N° CONTRATO:	CD20261440	RP:	1928	CDP:	437
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	18.000.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:		6.000.000,00	
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2026-03-18	FECHA DE FINALIZACION:		2026-05-31	

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MILCIADES OSORIO SANCHEZ
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADO CRÍTICO

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

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

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

Pendiente

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 Marzo

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

MILCIADES OSORIO SANCHEZ
8742789
UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADO CRÍTICO

FREDDY LUIS DANGON MIRANDA
1082914742
VILLA MARBELLA (CARRERA 21C #29J-29J)
6054223466
FDM365@HOTMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2026-03-30**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	FREDDY LUIS DANGON MIRANDA		
DOCUMENTO:	1082914742		
DIRECCIÓN:	VILLA MARBELLA (CARRERA 21C #29J-	TELÉFONO:	6054223466
CORREO ELECTRONICO:	FDM365@HOTMAIL.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:	CD20261440						
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.						
RP:	1928	CDP:	437	FECHA INICIO:	2026-03-18	FECHA FINAL:	2026-05-31
VALOR CONTRATO:	18.000.000,00			VALOR A PAGAR:	6.000.000,00		
BANCO A CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA			TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	51699544161
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Marzo**						

FIRMA

Freddy Dangon M.

FREDDY LUIS DANGON MIRANDA
C.C. 1082914742 expedida en SANTA MARTA

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE	**ACTA DE INICIO**	CÓDIGO: GJC25F VERSIÓN: 002 FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 09/1/2025 PÁGINA 1 de 1

ACTA DE INICIO DEL CONTRATO No. CD20261440 **DEL 2026**

NO. DEL CONTRATO	CD20261440
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**FREDDY LUIS DANGON MIRANDA**
NO. DE IDENTIDAD	1082914742
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 18.000.000 **(DIECIOCHO MILLONES DE PESOS M/C)**
FORMA DE PAGO	El HUJMB CANCELARÁ AL CONTRATISTA TRES 3 CUOTA(S), POR VALOR DE SEIS MILLONES DE PESOS M/L. ($6.000.000). 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 LEGALIZACION HASTA EL 31 DE MAYO DE 2026
CDP	437
REGISTRO PRESUPUESTAL	**1928**
SUPERVISOR DEL CONTRATO	**PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL HOSPITALIZACION Y CUIDADO CRÍTICO**

Entre los suscritos a saber **MILCIADES OSORIO SANCHEZ,** en su calidad de **PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL HOSPITALIZACION Y CUIDADO CRÍTICO**, quien actúa como supervisor del contrato CD20261440 por otra parte FREDDY LUIS DANGON MIRANDA, 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 18 DE MARZO DE 2026.

SUPERVISOR,

MILCIADES OSORIO SANCHEZ
C.C. No. 8.742.789

CONTRATISTA,

FREDDY LUIS DANGON MIRANDA
1082914742

COPIA CONTROLADA

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ 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

FREDDY LUIS DANGON MIRANDA

CON C.C Nº 1082914742

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20261440**	**DE FECHA INICIO**	**18/3/2026**

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	Obré con diligencia y el cuidado en los asuntos que me asignó el supervisor del contrato.
2	Realicé todas y cada una de las funciones descritas en el numeral 2 del estudio de conveniencia.
3	Aporté a la E.S.E la hoja de vida y documentos de identificación que le sean solicitados.
4	Garanticé la presencia oportunamente, durante los procedimientos, las consultas e interconsultas de la E.S.E.
5	Atendí a los pacientes en el turno y en área asignada por la E.S.E.
6	Asistí a la ronda Medico técnico-científica y técnico-administrativa con frecuencia semanal.
7	Realicé la revista diaria la cual consiste en valoración, seguimiento, evoluciones, órdenes, RIPS de los pacientes hospitalizados cumpliendo con el horario y la cantidad de pacientes asignadas en el horario.
8	Participé en las jornadas científicas y actividades académicas de investigación.
9	Cumplí con diligenciamiento los RIPS, formatos instrumentos de control, seguimiento, evaluación, facturación de la E.S.E.
10	Diligencié la historia clínica de los pacientes cumpliendo con los parámetros establecidos en la Resolución No 1995 de Julio 08 de 1999 y demás normas legales.
11	Participé en las juntas médicas para expedir conceptos necesarios que se deriven de la atención de los pacientes remitidos por el hospital.
12	Cumplí con los turnos estipulados.
13	Presté los servicios relacionados en el estudio de conveniencia, necesidad y oportunidad.
14	Garanticé la prestación de servicio objeto del contrato que se cumplieron con las características y referencias descritas en el presente documento.
15	El valor facturado corresponde a las horas contratadas y los servicios prestados y fueron verificados por mi supervisor.

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**9500291647**	**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SALUD TOTAL**	**24/2/2026**	**300.000**
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**	**24/2/2026**	**384.000**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**24/2/2026**	**58.500**

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:	Freddy Dangon M
Nº. IDENTIFICACIÓN:	**1082914742**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1082914742		DANGON MIRANDA FREDDY LUIS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	VILLA MARBELLA MANZANA G CASA159	SANTA MARTA-MAGDALENA	4306433	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	86371812	9500291647	I	2026/03/10	2026/02/24	BANCOLOMBIA	0	$742,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: **PRINCIPAL (1 Afiliados)**					$2,400,000	$384,000			$2,400,000	$300,000			$0	$0			$2,400,000	$58,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,400,000	$384,000			$2,400,000	$300,000			$0	$0			$2,400,000	$58,500		$0	$0
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)					$2,400,000	$384,000			$2,400,000	$300,000			$0	$0			$2,400,000	$58,500		$0	$0
1	CC	1082914742	DANGON FREDDY	25-14	30 $2,400,000	$384,000	EPS002	30	$2,400,000	$300,000		0	$0	$0	14-23	30	$2,400,000	$58,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$2,400,000	$384,000			$2,400,000	$300,000			$0	$0			$2,400,000	$58,500		$0	$0

2026/02/24 11:40 AM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1082914742		DANGON MIRANDA FREDDY LUIS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	VILLA MARBELLA MANZANA G CASA159	SANTA MARTA-MAGDALENA	4306433	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	86371812	9500291647	I	2026/03/10	2026/02/24	BANCOLOMBIA	0	$742,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$384,000	$0	$0	$384,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$384,000	$0	$0	$384,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$58,500	$0	$0	$58,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$58,500	$0	$0	$58,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$300,000	$0	$0	$300,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$300,000	$0	$0	$300,000
TOTAL				1	$742,500	$0	$0	$742,500

2026/02/24 11:40 AM