HJMB E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA	**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO**	CODIGO: GJC23F VERSION: 003 FECHA DE ULTIMA REVISION: 23/12/2025 PAGINA 1 de 1

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y
ANDRES FELIPE CARREÑO DUARTE
CON C.C N 1.083.028.188

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E. HOSPITAL		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD : CD20261511**	**DE FECHA INICIO**	**20/03/2026**

ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO
1	Entregué de actividades dejando registro de la entrega de las novedades de los pacientes del servicio a cargo en el Formato correspondiente.
2	Realicé de solicitud de examenes diagnosticos, interconsultas con firma y sello, según indicaciones ;Apoyo en procedimientos medico quirurgicos según solicitud del medico tratante.
3	
4	Realización de Certificados de defunción según solicitud del Líder o de la Subdirección Científica.
5	Socialicé y supervisar el reporte de los eventos adversos en el Formato correspondiente, realizar seguimiento y participar en la elaboración de los planes de mejoramiento respectivos.
6	En caso de ser necesaria durante la atención de pacientes algún medicamento o servicio NO POS, debera garantizar el correcto diligenciamiento y firma del respectivo formato de solicitud del servicio y/o medicamento
7	Atendí a los pacientes en los turnos y en área asignada por la E.S.E.
8	Asistí a la ronda Medico técnico- científica y Técnico- Administrativa .
9	Asisti a la jornada de socialización de diligencimiento de nacidos vivos y sensibilizacion de no uso de siglas en diligenciamiento de historias clinicas
10	Realicé la revista médica diaria la cual consiste en valoración, seguimiento, evoluciones, órdenes médicas y ayudas diagnosticas, RIPS, Epicrisis, de los pacientes hospitalizados
11	
12	

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

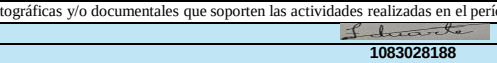
No. DE PLANILLA:	**9502099073**	**OPERADOR:**	**SOI**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SANITAS**	**25/03/2026**	**300.000**
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**	**25/03/2026**	**384.000**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**25/03/2026**	**58.500**

IV.DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.

V. ANEXOS

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

FIRMA DEL CONTRATISTA:	
N°. IDENTIFICACIÓN:	**1083028188**

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. CD20261511 **DEL 2026**

NO. DEL CONTRATO	CD20261511
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**ANDRES FELIPE CARREÑO DUARTE**
NO. DE IDENTIDAD	1083028188
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	**2255**
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 CD20261511 por otra parte ANDRES FELIPE CARREÑO DUARTE, 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 20 DE MARZO DE 2026.

SUPERVISOR,

MILCIADES OSORIO SANCHEZ
C.C. No. 8.742.789

CONTRATISTA,

ANDRES FELIPE CARREÑO DUARTE
1083028188

COPIA CONTROLADA

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1083028188		CARREÑO DUARTE ANDRES FELIPE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 30n 78 - 75	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3146693209	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	166994248	9502099073	I	2026/03/20	2026/03/25	NEQUI	5	$745,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$2,400,000	$384,000			$2,400,000	$300,000			$0	$0			$2,400,000		$58,500		$0	$0		$742,500
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		$742,500
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$2,400,000	$384,000			$2,400,000	$300,000			$0	$0			$2,400,000		$58,500		$0	$0		$742,500
1	CC	1083028188	CARREÑO ANDRES																	25-14	30	$2,400,000	$384,000	EPS005	30	$2,400,000	$300,000		0	$0	$0	14-23	30	$2,400,000	2.436%	$58,500	0	$0	$0	No	$742,500
Total	**Afiliados(1)**																					$2,400,000	$384,000			$2,400,000	$300,000			$0	$0			$2,400,000		$58,500		$0	$0		$742,500

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$384,000	$1,300	$0	$385,300
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$384,000	$1,300	$0	$385,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$58,500	$200	$0	$58,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$58,500	$200	$0	$58,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$300,000	$1,000	$0	$301,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$300,000	$1,000	$0	$301,000
TOTAL				**1**	**$742,500**	**$2,500**	**$0**	**$745,000**