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 MARIA MERCEDES ECHEVERRIA SALAS identificado con C.C. 1007612634

Fecha de Diligenciamiento:	2026-04-27

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:	CD20261517	RP:	1874	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 Abril

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

MILCIADES OSORIO SANCHEZ
8742789
UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADO CRÍTICO

MARIA MERCEDES ECHEVERRIA SALAS
1007612634
CRA 17 #16-20 SAN JOSE
3013207838
EMEYEME2000@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2026-04-27**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	MARIA MERCEDES ECHEVERRIA SALAS		
DOCUMENTO:	1007612634		
DIRECCIÓN:	CRA 17 #16-20 SAN JOSE	TELÉFONO:	3013207838
CORREO ELECTRONICO:	EMEYEME2000@GMAIL.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:	CD20261517
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

RP:	1874	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:	bbva	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	0805008704

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

PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Abril**

FIRMA

María Mercedes Echeverría S.

MARIA MERCEDES ECHEVERRIA SALAS
C.C. 1007612634 expedida en BARRANQUILLA

HJMB 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				
MARIA MERCEDES ECHEVERRIA SALAS				
CON C.C Nº **1007612634**				
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.	**CD20261517**	**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 especificas del objeto del contrato)**
1	Obré con diligencia y cuidado necesario en los asuntos que me asigno el supervisor.
2	Realice seguimiento a las actividades asistenciales y administrativas de los pacientes del servicio de URGENCIAS, con el fin de agilizar y optimizar los procesos.
3	Realice revisiones médicas de los pacientes.
4	Apoyo en los procedimientos realizados a pacientes.
5	Realice diariamente la evolución de los pacientes.
6	Realización de solicitud de exámenes diagnósticos, citas de control y ordenes de patologías con firma y sello según indicaciones de los especialistas tratantes.
7	Verificación de existencia de los soportes clínicos y administrativos de las Historias Clínicas.
8	Cumplí rigurosamente con el cuadro de turnos emitido por la Coordinación de la subgerencia científica, Hospitalización y Cuidado Crítico.
9	Las demás actividades dispuestas por el supervisor referente a las necesidades de la E.S.E HUJMB.

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	**9502683050**	**OPERADOR:**	**ENLACE OPERATIVO**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SANITAS**	**8/4/2026**	**$300,000**
PENSIÓN:	**COOLPENSIONES**	**8/4/2026**	**$384.000**
RIESGOS LABORALES:	**positiva**	**8/4/2026**	**$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:	María Mercedes Echeverría S.
Nº. IDENTIFICACIÓN:	**1.007.612.634**

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 1007612634		ECHEVERRIA SALAS MARIA MERCEDES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 17 # 16 -20	SANTA MARTA-MAGDALENA	3013207838	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	204601661	9502683050	I	2026/04/10	2026/04/08	NEQUI	0	$1,429,300

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)																					$4,620,000	$739,200			$4,620,000	$577,500			$0	$0			$4,620,000		$112,600		$0	$0		$1,429,300
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$4,620,000	$739,200			$4,620,000	$577,500			$0	$0			$4,620,000		$112,600		$0	$0		$1,429,300
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)																					$4,620,000	$739,200			$4,620,000	$577,500			$0	$0			$4,620,000		$112,600		$0	$0		$1,429,300
1	CC	1007612634 ECHEVERRIA MARIA							X											25-14	30	$4,620,000	$739,200	EPS005	30	$4,620,000	$577,500		0	$0	$0	14-23	30	$4,620,000	2.436%	$112,600	0	$0	$0	No	$1,429,300
Total Afiliados(1)																					$4,620,000	$739,200			$4,620,000	$577,500			$0	$0			$4,620,000		$112,600		$0	$0		$1,429,300

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	$739,200	$0	$0	$739,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$739,200	$0	$0	$739,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$112,600	$0	$0	$112,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$112,600	$0	$0	$112,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$577,500	$0	$0	$577,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$577,500	$0	$0	$577,500
TOTAL				1	$1,429,300	$0	$0	$1,429,300