

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y
ATALA MILAGROS ARREGOCES RADA identificado con C.C. 36727534

Fecha de Diligenciamiento: 2026-04-28

I. DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICÓLOGA ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL AREA DE TALENTO HUMANO DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.
----------------------	---

N° CONTRATO:	CD20260695	RP:	454	CDP:	1
--------------	------------	-----	-----	------	---

VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	24.000.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	4.000.000,00
---------------------------	---------------	------------------------------	--------------

FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2026-01-14	FECHA DE FINALIZACION:	2026-06-30
---------------------------	------------	------------------------	------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANA CAROLINA OJEDA MARTINEZ
------------------------	-----------------------------

UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE GESTION DE TALENTO HUMANO
--	---

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

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

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

IV. CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS

- El contrato se encuentra debidamente legalizado: SI
- 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
- Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en su respectiva carpeta contractual: SI
- 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


ANA CAROLINA OJEDA MARTINEZ
49780602
UNIDAD FUNCIONAL DE GESTION DE TALENTO HUMANO