| | | | |
|---|---|---|---|
| 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 JUAN DANIEL ACOSTA CUADROS identificado con C.C. 1082973110**

| | |
|---|---|
| Fecha de Diligenciamiento: | 2026-02-26 |

## 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: | CD20260375 | RP: | 573 | CDP: | 2 |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO: | 12.000.000,00 | VALOR DE HONORARIOS PERIODO: | 6.000.000,00 | | |
| FECHA DEL ACTA DE INICIO: | 2026-01-15 | FECHA DE FINALIZACION: | 2026-02-28 | | |
| 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 Febrero

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

MILCIADES OSORIO SANCHEZ
8742789
UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADO CRÍTICO

**JUAN DANIEL ACOSTA CUADROS**
**1082973110**
**CARRERA 16B #6-76**
**00000000**
**juan.acostacu@gmail.com**

# CUENTA DE COBRO

## DATOS PERSONALES

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Diligenciamiento:** | **2026-02-26** | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS: | JUAN DANIEL ACOSTA CUADROS | | |
| DOCUMENTO: | 1082973110 | | |
| DIRECCIÓN: | CARRERA 16B #6-76 | TELÉFONO: | 00000000 |
| CORREO ELECTRONICO: | juan.acostacu@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: | CD20260375 | | | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE. | | | | | | |
| RP: | 573 | CDP: | 2 | FECHA INICIO: | 2026-01-15 | FECHA FINAL: | 2026-02-28 |
| VALOR CONTRATO: | 12.000.000,00 | | | VALOR A PAGAR: | 6.000.000,00 | | |
| BANCO A CONSIGNAR: | BOGOTA | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | No. CUENTA: | 576499305 |
| CDP - ADICION: | N/A | RP - ADICION: | N/A | VALOR ADICION: | 0,00 | | |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **Febrero** | | | | | | |

## FIRMA

Juan Acosta .

JUAN DANIEL ACOSTA CUADROS
C.C. 1082973110 expedida en SANTA MARTA

| | | |
|---|---|---|
| E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE | **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO** | CODIGO: GJC23F<br>VERSION: 003<br>FECHA DE ULTIMA REVISION: 22/08/2024<br>PAGINA 1 de 1 |

**CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y**

**JUAN DANIEL ACOSTA CUADROS**

**CON C.C Nº 1,082,973,110**

## I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **CD 20260375** | **DE FECHA INICIO** | **15/1/2025** |

| 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 | Entregué de actividades dejando registro de la entrega de las novedades de los pacientes del servicio a cargo en el Formato correspondiente. |
| 2 | Realicé registro en la historia clínica de evoluciones médicas, historia clínica de ingreso, epicrisis, formulación, registro de exámenes paraclínicos, de imágenes diagnósticas y otros, con firma y sello, según indicaciones de los médicos tratantes. |
| 3 | Realicé de solicitud de exámenes diagnósticos, remisiones e interconsultas, con firma y sello, según indicaciones ;Apoyo en procedimientos medico quirúrgicos según solicitud del médico tratante. |
| 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, deberá 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 | Asistí 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 |

## III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | **9500160002** | **OPERADOR:** | **APORTES EN LINEA** |
| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
| **SALUD:** | **SANITAS** | **23/2/2027** | **300.000** |
| **PENSIÓN:** | **PORVENIR** | **23/2/2027** | **384.000** |
| **RIESGOS LABORALES:** | **POSITIVA** | **23/2/2027** | **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:** | Juan Acosta . |
| **Nº. IDENTIFICACIÓN:** | **1,082,973,110** |

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 1082973110 | | ACOSTA CUADROS JUAN DANIEL | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CRR 16 B 6 - 76 | SANTA MARTA-MAGDALENA | 3007183567 | No |

## DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Días Mora | Valor |
| 2026-01 | 2026-01 | 83618687 | 9500160002 | I | 2026/02/04 | 2026/02/23 | BANCO DE BOGOTA | 19 | $751,700 |

## 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 | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Tarifa | Aporte | Días | 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: 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 | | $742,500 |
| 1 | CC | 1082973110 | ACOSTA JUAN | | | | | | | | | X | | | | | | | | 23030 1 | 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 | $4,700 | $0 | $388,700 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $384,000 | $4,700 | $0 | $388,700 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $58,500 | $800 | $0 | $59,300 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $58,500 | $800 | $0 | $59,300 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $300,000 | $3,700 | $0 | $303,700 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $300,000 | $3,700 | $0 | $303,700 |
| TOTAL | | | | 1 | $742,500 | $9,200 | $0 | $751,700 |

| | | |
|---|---|---|
| E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE | **ACTA FINAL** | CODIGO: GJC26F<br>VERSION: 002<br>FECHA ULTIMA DE REVISION: 12/12/2024<br>PAGINA 1 de 1 |

**ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20260375 DEL 2026**

| | |
|---|---|
| **NO. DEL CONTRATO** | **CD20250375** |
| **NOMBRE DEL CONTRATANTE** | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | **JUAN DANIEL ACOSTA CUADROS** |
| **NO. DE IDENTIDAD** | 1.082.973.110 |
| **OBJETO DEL CONTRATO** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE. |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO** | $12.000.000 (DOCE MILLONES DE PESOS M/C) |
| **FORMA DE PAGO** | El HUJMB CANCELARÁ AL CONTRATISTA 2 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 328 DE FEBRERO DE 2026 |
| **CDP** | 2 |
| **REGISTRO PRESUPUESTAL** | 573 |
| **FECHA DE ACTA DE INICIO** | 15/01/2026 |
| **FECHA DE TERMINACION CONTRATO** | 28/02/2026 |
| **ADICION** | |
| **CDP DE LA ADICION** | NA |
| **REGISTRO PRESUPUESTAL DE LA ADICION** | NA |
| **PLAZO ADICION** | NA |
| **FORMA DE PAGO ADICION** | NA |
| **FECHA DE TERMINACION DE CONTRATO CON ADICION.** | NA |
| **VALOR ADICION** | NA |
| **VALOR FINAL DEL CONTRATO** | NA |
| **SUPERVISOR DEL CONTRATO** | **PROFESONAL ESPECIALIZADO HOSPITALIZACION Y CUIDADO CRITICO** |

Entre los suscritos **MILCIADES OSORIO SANCHEZ,** mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **8.742.789** expedida en Santa Marta, obrando en calidad de **PROFESIONAL ESPECIALIZADO HOSPITALIZACION Y CUIDADO CRITICO,** quien actúa como supervisor del contrato CD20260375 por otra parte **JUAN DANIEL ACOSTA CUADROS** identificado con la cedula de ciudadanía No. 1.082.973.110 en su condición de contratista se reunieron para firmar acta de finalización de contrato.

Por último el hospital se declara que no existe emolumento alguno entre las partes y con todo concepto respecto de las obligaciones mutuas pactadas en el contrato prestación de servicios en referencia.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta mes de FEBRERO del año 2026

SUPERVISOR,

**MILCIADES OSORIO SANCHEZ**
**CC. 8.742.789**

CONTRATISTA,

**JUAN DANIEL ACOSTA CUADROS**
**CC. 1.082.973.100**

COPIA CONTROLADA