E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA	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 CLAUDIA MARGARITA ZUÑIGA DIAZGRANADOS identificado con C.C. 39047591

Fecha de Diligenciamiento:	2026-02-26

I. DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN LA SUBGERENCIA CIENTÍFICA DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.

N° CONTRATO:	CD20260788	RP:	485	CDP:	1
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	18.000.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	3.000.000,00		
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2026-01-14	FECHA DE FINALIZACION:	2026-06-30		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIZETH PAOLA CARDENAS ZAMBRANO				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SUBGERENCIA CIENTÍFICA				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

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

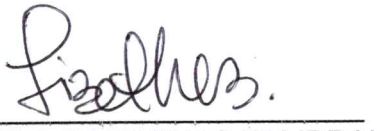
III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

IV. CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS

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



LIZETH PAOLA CARDENAS ZAMBRANO
1082957906
SUBGERENCIA CIENTÍFICA

CLAUDIA MARGARITA ZUÑIGA DIAZGRANADOS
39047591
CARRERA 17 NO. 25-27 APTO 202
3003502732
CLAUMAZU@HOTMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2026-02-26**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	CLAUDIA MARGARITA ZUÑIGA DIAZGRANADOS		
DOCUMENTO:	39047591		
DIRECCIÓN:	CARRERA 17 NO. 25-27 APTO 202	TELÉFONO:	3003502732
CORREO ELECTRONICO:	CLAUMAZU@HOTMAIL.COM		

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que en la declaración de renta del año gravable 2025 si tomaré costos y deducciones

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° CONTRATO:	CD20260788						
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN LA SUBGERENCIA CIENTÍFICA DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.						
RP:	485	CDP:	1	FECHA INICIO:	2026-01-14	FECHA FINAL:	2026-06-30
VALOR CONTRATO:	18.000.000,00			VALOR A PAGAR:	3.000.000,00		
BANCO A CONSIGNAR:	FALABELLA			TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	114060278262
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Febrero**						

FIRMA

CLAUDIA MARGARITA ZUÑIGA DIAZGRANADOS
C.C. 39047591 expedida en SANTA MARTA

HJMB E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ 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

CLAUDIA MARGARITA ZUÑIGA DIAZGRANADOS

CON C.C Nº 39047591

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN LA SUBGERENCIA CIENTÍFICA DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		**CD20260788**	**DE FECHA INICIO**	**14/1/2026**

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	Se Interactuo con el cliente interno y externo.
2	Se diligencio de manera clara, completa y oportuna los documentos que se requieran en el desarrollo de sus actividades de conformidad con los procedimientos establecidos (enviado y recibido de oficios adscritos a la subgerencia cientifica, radicacion y organizacion de cuentas en auditoria de terceros(soporte en libro) recepcion y envios de e- mails adcritos a la subgerencia cientifica).
3	Se recepciono y se reviso en el docom las cuentas supervisadas de personal administrativo y asistencial (subgerencia cientifica, auditoria de terceros, epidemiologia, laboratorio, unidad transfucional, seguridad del paciente) supervisadas por la subgerencia científica de la E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche.
4	Se apoyo en los comité reuniones organizadas por la Subgerencia Científica la realización de las actas de las mismas.
5	Se organizo y se planeo agenda adscrita a la subgerencia cientifica.
6	Se resolvio utilizando sus conocimientos técnicos garantizando indicadores y estándares establecidos.
7	se atendio y oriento a la persona en relación con sus necesidades y expectativas de acuerdo con políticas institucionales y normas de salud.

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**9499031582**	**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SANITAS**	**26/2/2026**	**218.900**
PENSIÓN:	**COLFONDOS**	**26/2/2026**	**280.200**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**26/2/2026**	**42.700**

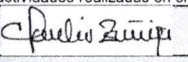
IV.DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

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:	
Nº. IDENTIFICACIÓN:	**39047591**

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 39047591		ZUÑIGA DIAZ GRANADOS CLAUDIA MARGARITA DE LA MILA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 17 No. 25-27 apto 202	SANTA MARTA-MAGDALENA	4216938	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-01	93168323	9499031582	1	2026/02/20	2026/02/26	NEQUI	6	$544,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
1	CC	39047591 ZUÑIGA CLAUDIA MARGARITA	231001	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,750,905	$42,700	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0

2026/02/26 04:11 PM

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 39047591		ZUÑIGA DIAZ GRANADOS CLAUDIA MARGARITA DE LA MILA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 17 No. 25-27 apto 202	SANTA MARTA-MAGDALENA	4216938	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-01	93168323	9499031582	I	2026/02/20	2026/02/26	NEQUI	6	$544,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$1,100	$0	$281,300
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$280,200	$1,100	$0	$281,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$200	$0	$42,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$42,700	$200	$0	$42,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$900	$0	$219,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$218,900	$900	$0	$219,800
TOTAL				1	$541,800	$2,200	$0	$544,000