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 KAROLAIN JINETH SEPULVEDA GUTIERREZ identificado con C.C. 1192798652

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:	CD20260390	RP:	579	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

KAROLAIN JINETH SEPULVEDA GUTIERREZ
1192798652
KRA 9B #120 - 121
3215948733
CAROLINESEPULVEDAG21@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2026-02-26**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	KAROLAIN JINETH SEPULVEDA GUTIERREZ		
DOCUMENTO:	1192798652		
DIRECCIÓN:	KRA 9B #120 - 121	TELÉFONO:	3215948733
CORREO ELECTRONICO:	CAROLINESEPULVEDAG21@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:	CD20260390				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.				
RP: 579	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:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	517000175995
CDP - ADICION: N/A	RP - ADICION: N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Febrero**				

FIRMA

KAROLAIN JINETH SEPULVEDA GUTIERREZ
C.C. 1192798652 expedida en SAN JUAN DEL CESAR

E.S.E. Hospital Universitario 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

KAROLAIN JINETH SEPULVEDA GUTIERREZ

CON C.C Nº 1,192,789,652

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 20260390**	**DE FECHA INICIO**	**15/1/2026**

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	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 Lider 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 diligenciamiento de nacidos vivos y sensibilizacion de no uso de siglas en diligenciamiento de historias clínicas
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:	**9500111285**	**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SANITAS**	**24/2/2026**	**300.000**
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**	**24/2/2026**	**384.000**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**24/2/2026**	**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:	
Nº. IDENTIFICACIÓN:	**1,192,789,652**

Resumen General de Pago

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1192798652		SEPULVEDA GUTIERREZ KAROLAIN JINETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 9 120 121	SANTA MARTA-MAGDALENA	4212220	No

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	85663062	9500111285	1	2026/02/12	2026/02/24	NEQUI	12	$748,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,400,000	$384,000			$2,400,000	$300,000			$0	$0			$2,400,000	$58,500		$0	$0
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
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
1	CC 1192798652	SEPULVEDA KAROLAIN	25-14	30	$2,400,000	$384,000	EPS005	30	$2,400,000	$300,000		0	$0	$0	14-23	30	$2,400,000	$58,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$2,400,000	$384,000			$2,400,000	$300,000			$0	$0			$2,400,000	$58,500		$0	$0

PLANILLA PAGADA

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 1192798652		SEPULVEDA GUTIERREZ KAROLAIN JINETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 9 120 121	SANTA MARTA-MAGDALENA	4212220	No

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	85663062	9500111285	I	2026/02/12	2026/02/24	NEQUI	12	$748,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$384,000	$3,000	$0	$387,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$384,000	$3,000	$0	$387,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$58,500	$500	$0	$59,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$58,500	$500	$0	$59,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$300,000	$2,300	$0	$302,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$300,000	$2,300	$0	$302,300
TOTAL				1	$742,500	$5,800	$0	$748,300

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

HJMB ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	**ACTA FINAL**	CODIGO: GJC26F VERSION: 002 FECHA ULTIMA DE REVISION: 12/12/2024 PAGINA 1 de 1

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20260390 DEL 2026

NO. DEL CONTRATO	**CD20260390**
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**KAROLINA SEPULVEEDA**
NO. DE IDENTIDAD	1.192.798.652
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	EI 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 28 DE FEBRERO DE 2026
CDP	2
REGISTRO PRESUPUESTAL	579
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	**PROFESIONAL 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 CD20260390 por otra parte **KAROLINA SEPULVEDA** identificado con la cedula de ciudadanía No. 1.192.798.652 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,

KAROLINA SEPULVEDA
CC. 1.192.798.652

COPIA CONTROLADA