

**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO**CODIGO: GJC23F  
VERSION: 003  
FECHA DE ULTIMA  
REVISION: 22/08/2024  
PAGINA 1 de 1CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y  
HERNANDO PADILLA GALINDO  
CON C.C N° 9272864**I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS****OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR LA ATENCION EN CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA, URGENCIAS, PROCEDIMIENTOS MÉDICOS DIAGNOSTICOS, QUIRÚRGICOS Y TERAPÉUTICOS, ATENCIÓN HOSPITALARIA, DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD A LA POBLACIÓN USUARIA DEL HOSPITAL, Y APOYO A LA ESTRATEGIA HOSPITAL PADRINO A TRAVES DE LA ESPECIALIDAD DE PEDIATRIA.**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** CD20261144 **DE FECHA INICIO** 26/01/2026

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 específicas del objeto del contrato)
1	Realice ronda médica diaria
2	Deje registro en la historia clinica los pacientes todas las acciones necesarias para el cuidado de los pacientes, en aras de dejar constancia legal y Cientifica.
3	Realice actividades donde se involucraron a los estudiantes y personal del servicio para el desarrollo formativo de los implicados.
4	Realice el diligenciamiento de los formatos Mipres en las plataformas establecidas por el ministerio de salud para los medicamentos NO POS.
5	Realice todas las acciones médicas pertinentes para el mejoramiento de los pacientes.
6	Cumplí con los turnos asignados y el número total de horas contratadas, si se requiere algún cambio de turno este es solicitado por escrito con su respectiva justificación al supervisor del contrato el Subgerente Científico.
7	Realice ronda técnico- científica y técnico - administrativa en los servicio el día y la hora estipulada por la Subgerencia Cientifica.
8	Realice el diligenciamiento de Rips, formatos y demás instrumentos de control de seguimiento suministrados son por intermedio del sistema de esta E.S.E.
9	Realice todas las acciones pertinentes en aras de que la institución no vea afectado sus ingresos por acciones u omisiones con respecto a glosas realizadas por las diferentes eps y aliados estratégicos de la misma.

**V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

No. DE PLANILLA:	9504035835	OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	COOSALUD	29/04/2026	\$	207.000
PENSIÓN:	PORVENIR	29/04/2026	\$	340.700
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	29/04/2026	\$	184.300

**VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA**

- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo 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.

**VII. ANEXOS**

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

**FIRMA DEL CONTRATISTA:****N°. IDENTIFICACIÓN:**

9272864