E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ 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 ANA MARIA VIVES GARCIA identificado con C.C. 1140902798

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:	CD20260432	RP:	331	CDP:	2

VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	12.000.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	6.000.000,00
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2026-01-13	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

ANA MARIA VIVES GARCIA
1140902798
CALLE 20 NUMERO 1-51
3216963054
ANAMARIAVIVES22@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2026-02-26**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	ANA MARIA VIVES GARCIA		
DOCUMENTO:	1140902798		
DIRECCIÓN:	CALLE 20 NUMERO 1-51	TELÉFONO:	3216963054
CORREO ELECTRONICO:	ANAMARIAVIVES22@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:	CD20260432						
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.						
RP:	331	CDP:	2	FECHA INICIO:	2026-01-13	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:	51757744221
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Febrero**						

FIRMA

ANA MARIA VIVES GARCIA
C.C. 1140902798 expedida en BARRANQUILLA

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA	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			
ANA MARIA VIVES GARCIA			
CON C.C Nº 1140902798			
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20260432	DE FECHA INICIO	13/01/2026

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 especificas del objeto del contrato)
1	Realicé solicitudes de exámenes diagnósticos, remisiones e interconsultas, con firma y sello, según indicaciones de los médicos especialistas tratantes.
2	Realicé rondas medico técnico- científica y técnico- administrativa realizadas en el servicio de medicina interna
3	Atendí pacientes en los turnos y en área asignada por la E.S.E Según horario correspondiente.
4	Realicé la revista medica diaria la cual consiste en valoracion, seguimiento, evolucion, ordenens medicas y ayudas diagnosticas, RIPS y epicrisis delos pacientes hospitalizados.
5	Informé y evalue los pacientes hospitalizados en el servicio para definir acciones.
6	Registré en las Historias Clinica todas la acciones relativas al cuidado del enfermo para dejar constancia cientifica y legal de lo actuado, utilizando la forma en la cual se encuentre previsto el sistema dentro del cual se registran.
7	Diligencié las Historia Clinica de los pacientes cumpliendo con los parametros establecidos en la Resolucion
8	Cumplí con el monitoreo a los pacientes internados.
9	Evalué los pacientes hospitalizados en el servicio para definir acciones y optizar el manejo.
10	Elaboré el registro de las actividades en la historia clínica del paciente de las actividades diarias que se realizan.
11	Diligencié fichas de notificación de eventos de interés en salud pública.
12	Cumplí rigurosamente con el horario emitido por la coordinación de hospitalización y cuidado critico mes a mes.
13	Se realizó diariamente la evolución de los paciente para su reporte a las diferentes Eps

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	6001858051	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	28/01/2026	$ 260.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	28/01/2026	$ 332.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	28/01/2026	$ 50.700

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:	CC .1140902798

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

DENTIFICACIÓN	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1140902798
RE Ó RAZÓN SOCIAL			ANA MARIA VIVES GARCIA
D/MUNICIPIO	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO	MAGDALENA
CIÓN	SANTA MARTA	TELÉFONO	9999999
APORTANTE	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	I-INDEPENDIENTE
EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
A DE PRESENTACIÓN	ÚNICO		NO
TANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA		6001858051	TIPO DE PLANILLA		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	enero AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES enero AÑO	2026
DÍAS DE MORA		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)		2026/01/28	NÚMERO AUTORIZACIÓN		14894112

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
	25-14 COLPENSIONES	1	$ 358.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 358.400	$ 0	$ 358.4
OTALES:										$ 358.400	$ 0	$ 358.4

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 280.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.000	$ 0	$ 0	$ 280.0
TOTALES:													$ 280.000	$ 0	$ 0	$ 280.0

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
3	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 54.600	$ 54.600	$ 0	$ 0	$ 54.
TOTALES:									$ 54.600	$ 0	$ 0	$ 54.

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE								NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES					
IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN						SALUD						ARP							CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINE
																										ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT.	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOT APO
CC 1140902798	VIVES GARCIA MARIA ANA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 2.400.000				NO								01-30										25-14 COLPENSIONES	30	$ 2.240.000	$ 358.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 358.400	EPS017-FAMISANAR	30	$ 2.240.000	$ 280.000	$ 0	$ 280.000	14-23-POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A	30	$ 2.240.000	$ 3869101	$ 54.600		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	

TOTAL PAGADO: $ 693.0

Planilla Pagada
SOI
Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

IDENTIFICACIÓN	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1140902798
BRE Ó RAZÓN SOCIAL			ANA MARIA VIVES GARCIA
AD/MUNICIPIO	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO	MAGDALENA
CCIÓN	SANTA MARTA	TELÉFONO	9999999
APORTANTE	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	I-INDEPENDIENTE
EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
MA DE PRESENTACIÓN	ÚNICO		
RTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA			6008350809	TIPO DE PLANILLA		N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	enero AÑO	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES enero AÑO	2026
DÍAS DE MORA			1			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)			2026/02/24	NÚMERO AUTORIZACIÓN		86595305
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA			6001858051	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA		2026/01/28

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
	25-14 COLPENSIONES	1	$ 25.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 100	$ 0	$ 25.600	$ 100	$ 25.
TOTALES:										$ 25.600	$ 100	$ 25.

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 20.000	$ 0	$ 100	$ 0	$ 20.000	$ 100	$ 0	$ 20
TOTALES:													$ 20.000	$ 100	$ 0	$ 20

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
3	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 3.900	$ 3.900	$ 100	$ 0	$ 4
TOTALES:									$ 3.900	$ 100	$ 0	$ 4

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

S DEL COTIZANTE / NOVEDADES

IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
CC 1140902798	VIVES GARCIA ANA MARIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.400.000				NO							A 01-30										
CC 1140902798	VIVES GARCIA ANA MARIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.400.000				NO							C 01-30										
CC 1140902798	VIVES GARCIA ANA MARIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.400.000				NO							R 01-30										

SEGURIDAD SOCIAL

IDENTIFICACIÓN	PENSIÓN ADMIN	PENSIÓN DÍAS COT	PENSIÓN IBC	PENSIÓN COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	SALUD DÍAS COT	SALUD IBC	SALUD COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	ARP DÍAS COT	ARP IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
CC 1140902798	25-14 COLPENSIONES	30	$ 2.240.000	$ 358.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 358.400	EPS017-FAMISANAR	30	$ 2.240.000	$ 280.000	$ 0	$ 280.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 2.240.000	3869101	$ 54.600
CC 1140902798	25-14 COLPENSIONES	30	$ 2.400.000	$ 384.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 384.000	EPS017-FAMISANAR	30	$ 2.400.000	$ 300.000	$ 0	$ 300.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 2.400.000	3869101	$ 58.500
CC 1140902798	25-14 COLPENSIONES	0	$ 160.000	$ 25.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 25.600	EPS017-FAMISANAR	0	$ 160.000	$ 20.000	$ 0	$ 20.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	0	$ 160.000	3869101	$ 3.900

PARAFISCALES

IDENTIFICACIÓN	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINI TOTAL APO
CC 1140902798		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	
CC 1140902798		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	
CC 1140902798		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	

TOTAL PAGADO: $ 49.8

	ACTA FINAL	CODIGO: GJC26F VERSION: 002 FECHA ULTIMA DE REVISION: 12/12/2024 PAGINA 1 de 1

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20260432 DEL 2026

NO. DEL CONTRATO	CD20260432 DEL 2026
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**ANA MARIA VIVES GARCIA**
NO. DE IDENTIDAD	**1140902798**
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	CINCO MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M/L. ($5.600.000)
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 legalización del contrato sin exceder el 28 de febrero de 2026
CDP	2
REGISTRO PRESUPUESTAL	331
FECHA DE ACTA DE INICIO	13 DE ENERO DE 2026
FECHA DE TERMINACION CONTRATO	28 DE FEBRERO DE 2026
	ADICION
CDP DE LA ADICION	N/A
REGISTRO PRESUPUESTAL DE LA ADICION	N/A
PLAZO ADICION	N/A
FORMA DE PAGO ADICION	N/A
FECHA DE TERMINACION DE CONTRATO CON ADICION.	N/A
VALOR ADICION	N/A
VALOR FINAL DEL CONTRATO	N/A
SUPERVISOR DEL CONTRATO	UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADO CRÍTICO

Entre los suscritos, **MILCIADES OSORIO SANCHEZ**, mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **CC. 8742789,** expedida en Santa Marta, obrando en calidad de **UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADO CRÍTICO,** quien actúa como supervisor del contrato **CD20260432** por otra parte **ANA MARIA VIVES GARCIA**, identificado con la cedula de ciudadanía No. **1140902798** 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 en el mes de **FEBRERO** del año **2026**

SUPERVISOR,

MILCIADES OSORIO SANCHEZ
CC. 8742789

CONTRATISTA,

ANA MARIA VIVES GARCIA
CC1140902798