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 PEDRO FRANCISCO MANJARRÉS PALACIO identificado con C.C. 1082896909

Fecha de Diligenciamiento:	2026-01-29

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:	CD20260433	RP:	95	CDP:	2

VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	12.000.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	6.000.000,00
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2026-01-08	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 Enero

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

MILCIADES OSORIO SANCHEZ
8742789
UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADO CRÍTICO

PEDRO FRANCISCO MANJARRÉS PALACIO
1082896909
CARRERA 13 #29 -160 BAVARIA
3218506807
pedromanjarres@hotmail.com

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2026-01-29**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	PEDRO FRANCISCO MANJARRÉS PALACIO		
DOCUMENTO:	1082896909		
DIRECCIÓN:	CARRERA 13 #29 -160 BAVARIA	TELÉFONO:	3218506807
CORREO ELECTRONICO:	pedromanjarres@hotmail.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:	CD20260433						
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.						
RP:	95	CDP:	2	FECHA INICIO:	2026-01-08	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:	08226438671
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Enero**						

FIRMA



PEDRO FRANCISCO MANJARRÉS PALACIO
C.C. 1082896909 expedida en SANTA MARTA

HJMB 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

PEDRO FRANCISCO MANJARRES PALACIO

CON C.C Nº **1082896909**

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.	**CD20260433**	**DE FECHA INICIO**	**8/1/2026**

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	Obré con diligencia y cuidado necesario en los asuntos que me asigno el supervisor.
2	Realice seguimiento a las actividades asistenciales y administrativas de los pacientes del servicio de URGENCIAS, con el fin de agilizar y optimizar los procesos.
3	Realice revisiones médicas de los pacientes.
4	Apoyo en los procedimientos realizados a pacientes.
5	Realice diariamente la evolución de los pacientes.
6	Realización de solicitud de exámenes diagnósticos, citas de control y ordenes de patologías con firma y sello según indicaciones de los especialistas tratantes.
7	Verificación de existencia de los soportes clinicos y administrativos de las Historias Clínicas.
8	Cumplí rigurosamente con el cuadro de turnos emitido por la Coordinación de la subgerencia científica, Hospitalización y Cuidado Critico.
9	Las demás actividades dispuestas por el supervisor referente a las necesidades de la E.S.E HUJMB.

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

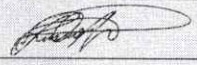
No. DE PLANILLA:	**9497146808**	OPERADOR:	ENLACE OPERATIVO
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	30/12/2025	$500.000,000
PENSIÓN:	PORVENIR	30/12/2025	$640.200
RIESGOS LABORALES:	positiva	30/12/2025	$23.600,000

IV.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.

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 periodo correspondiente

FIRMA DEL CONTRATISTA:	
Nº. IDENTIFICACIÓN:	**1.082.896.909**

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	**ACTA DE INICIO**	CÓDIGO: GJC25F VERSIÓN: 002 FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 09/1/2025 PÁGINA 1 de 1

ACTA DE INICIO DEL CONTRATO No. CD20260433 **DEL 2026**

NO. DEL CONTRATO	CD20260433
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**MANJARRES PALACIO PEDRO FRANCSICO**
NO. DE IDENTIDAD	1082896909
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	**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 28 DE FEBRERO DE 2026
CDP	2
REGISTRO PRESUPUESTAL	**95**
SUPERVISOR DEL CONTRATO	**PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL HOSPITALIZACION Y CUIDADO CRÍTICO**

Entre los suscritos a saber **MILCIADES OSORIO SANCHEZ,** en su calidad de **PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL HOSPITALIZACION Y CUIDADO CRÍTICO**, quien actúa como supervisor del contrato CD20260433 por otra parte MANJARRES PALACIO PEDRO FRANCSICO, en calidad de contratista quienes se reúnen para dar inicio al contrato en mención, cuyo objeto es el mencionado en la parte superior del presente documento.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta a los 8 DE ENERO DE 2026.

SUPERVISOR,

MILCIADES OSORIO SANCHEZ
C.C. No. 8.742.789

CONTRATISTA,

MANJARRES PALACIO PEDRO FRANCSICO
1082896909

COPIA CONTROLADA

DATOS DE ENVÍO
NOMBRE: PEDRO FRANCISCO MANJARRES PALACIO
DIRECCIÓN:
CIUDAD: SANTA MARTA-MAGDALENA

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: PEDRO FRANCISCO MANJARRES PALACIO
IDENTIFICACIÓN: CC 1082896909
TELÉFONO: 6004313622 3218506807
DIRECCIÓN:
CIUDAD: SANTA MARTA

OBSERVACIONES: Aumento De Valor Asegurado. Consec. 2613938..CERTIFICADO DE MODIFICACION

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

CERTIFICADO DE MODIFICACION

Póliza N°: 1510100092301
Certificado: 1 **N°** 002
Fecha de Expedición: **16/01/2026**

	DESDE	HASTA
VIGENCIA DEL SEGURO	16/06/2025 (Día Mes Año) A las 00 Horas	16/06/2026 (Día Mes Año) A las 24 Horas
VIGENCIA DEL CERTIFICADO	13/01/2026 (Día Mes Año) A las 00 Horas	16/06/2026 (Día Mes Año) A las 24 Horas

ASEGURADOS

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	TIPO	TIPO ASEGURADO
PEDRO FRANCISCO MANJARRES PALACIO	1082896909	CC	ASEGURADO PRINCIPAL

BENEFICIARIOS

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	TIPO	TIPO BENEFICIARIO
TERCEROS AFECTADOS			

DATOS DEL ASESOR

NOMBRE	TELÉFONO	% DE PART
HERNAN JUNIOR DE LA HOZ CANTILLO	3710400	100%

DATOS DE LA PÓLIZA

RC MEDICOS / ODONTOLOGOS	
Ciudad de Expedición	BARRANQUILLA
Localidad de Radicación	BARRANQUILLA FI
Dirección de predio asegurado	CRA 13 #29-160

Seguros Comerciales Bolívar S.A.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ACTIVIDAD ECONÓMICA ASEGURADA

MEDICO GENERAL

CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA

Identificación:

SE EFECTUA AUMENTO VALOR ASEGURADO A PARTIR DE ENERO 13/2026 Y SOLO OPERA PARA EVENTOS ACAECIDOS CON POSTERIORIDAD A ESTA FECHA.

PRIMA TOTAL PARA LA SIGUIENTE RENOVACION: $ 595.401 MAS IVA.

***

OBJETO

INDEMNIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES (DANO EMERGENTE) DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA EN QUE PUDIERE INCURRIR EL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE NEGLIGENCIA IMPRUDENCIA O IMPERICIA EN EL EJERCICIO DE SU PROFESION MEDICA, SI EL SINIESTRO REFERENTE INCURRIESE DENTRO DEL PERIODO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO.

PROFESION : MEDICO GENERAL

MODALIDAD DE COBERTURA:

ESTA POLIZA OPERARÁ SEGÚN EL SISTEMA GENERAL DE OCURRENCIA PREVISTO EN EL ARTICULO 1131 DEL CODIGO DE COMERCIO

AMPAROS ADICIONALES: PORCENTAJE

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

RECIBO DE PAGO DE SU SEGURO

Póliza N°: 1510100092301
Certificado: 1 **N°:** 002
Fecha de Expedición: 16/06/2025

SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: PEDRO FRANCISCO MANJARRES PALACIO

$ VALORES A PAGAR

VALOR DE LA PRIMA:	$36,402
IVA PRIMA:	$6,916
TOTAL A PAGAR	**$43,318**

MEDIOS DE PAGO

Podrá realizar su pago por medio de:

- Página Web de Davivienda: Seleccionar la opción "Pago de otros servicios", escoja la compañía Seguros Comerciales Bolívar S.A. e ingrese la referencia 0629827524070002.
- En las oficinas del Banco Davivienda, Bancolombia y Banco de Occidente a nivel nacional.
- En los puntos de pago de almacenes Éxito, Carulla, Pomona y Surtimax a nivel nacional.
- Desde su celular marcando el #322 opción 1-5, para Bogotá 3122122 y para fuera de Bogotá 018000 123 322.
- Consulte los medios de pago y condiciones en www.segurosbolivar.com opción "Pago en Línea", sección "otros medios de pago".

Copia CLIENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

NOTA: COMPROBANTE VÁLIDO CON SELLO DEL CAJERO

Firma Representante Legal

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

TOTAL A PAGAR **$43,318**

PARA PAGO EN BANCOS

(415)7709998010260(8020)0629827524070002(3900)000000043318(96)20260302

NOTA: COMPROBANTE VÁLIDO CON SELLO DEL CAJERO

REFERENCIA 0629827524070002

Póliza N°:	1510100092301
Valor efectivo:	
Banco:	
Cheque N°:	
Valor cheque:	

Copia BANCO

Realice el pago en bancos a través de los convenios:

Davivienda:1044189 **Bancolombia:64912** **Banco de Occidente:18659** **Grupo Éxito:4382**

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 1082896909		MANJARRES PALACIO PEDRO FRANCISCO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 26 # 6-58 BARRIO LA ESPERANZA	SANTA MARTA-MAGDALENA	4359164	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	2046105590	9497146808	I	2026/01/06	2025/12/30	BANCOLOMBIA	0	$1,163,600

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	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$4,000,000	$640,000			$4,000,000	$500,000			$1,177,400	$23,600			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$4,000,000	$640,000			$4,000,000	$500,000			$1,177,400	$23,600			$0	$0		$0	$0
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)					$4,000,000	$640,000			$4,000,000	$500,000			$1,177,400	$23,600			$0	$0		$0	$0
1	CC	1082896909 MANJARRES PEDRO	230301	30	$4,000,000	$640,000	EPS005	30	$4,000,000	$500,000	CCF33	30	$1,177,400	$23,600			$0	$0		$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$4,000,000	$640,000			$4,000,000	$500,000			$1,177,400	$23,600			$0	$0		$0	$0

2025/12/30 08:00 AM