MARIA FERNANDA BARON HUELVAS
1082889410
CRA32B2358
3004366772
doctoramafe@hotmail.com

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2026-05-26**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	MARIA FERNANDA BARON HUELVAS		
DOCUMENTO:	1082889410		
DIRECCIÓN:	CRA32B2358	TELÉFONO:	3004366772
CORREO ELECTRONICO:	doctoramafe@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:	CD20261483
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

RP:	2162	CDP:	437	FECHA INICIO:	2026-03-19	FECHA FINAL:	2026-05-31

VALOR CONTRATO:	18.000.000,00	VALOR A PAGAR:	6.000.000,00

BANCO A CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	77955270218

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

PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Mayo**

FIRMA



MARIA FERNANDA BARON HUELVAS
C.C. 1082889410 expedida en SANTA MARTA

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

MARIA FERNANDA BARON HUELVAS

CON C.C Nº 1082889410

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20261483**	**DE FECHA INICIO**	19/3/2026

	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	**Registré en la historia clínica todas las acciones relativas al cuidado del enfermo para dejar constancia científica y legal de lo actuado, utilizando la forma en la cual se encuentra previsto el sistema dentro del cual se registran aquellas**
2	**Informé y evalué los pacientes ingresado en el servicio para definir acciones y optimizar el manejo.**
3	**Realicé las acciones medico-quirurgica necesarias, para el mejoramiento de la salud de los pacientes**
4	**Evalué el resultado de las acciones médicas tomadas durante el servicio con el fin de ajustar las conductas.**
5	**Registré las actividades realizadas de acuerdo con el sistema de información para consolidar la producción de la unidad y las especialidades, utilizando el programa y el sistema que se encuentra funcionando dentro de la institución**
6	**Establecí las medidas necesarias para brindar una atención con calidad, permitiendo dar solución a las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de atención al paciente integrando a las diferentes especialidades médico quirúrgicas**
7	**Participé en las jornadas científicas y actividades académicas,; de investigación que convoque el subgerente científico o la oficina de docencia de servicio de la E.S.E en desarrollo de los convenios docente-asistencia suscritos o que suscriba la E.S.E**
8	**Cumplí con el diligenciamiento de los RIPS, formatos, instrumentos de control, seguimiento, evaluación, facturación de la E.S.E**
9	**Diligencié la Historia clínica de los pacientes cumpliendo con los parámetros establecidos en la Resolución No. 1995 de Julio 08 1.999 y demás normas legales que la complementen, sustituyan o deroguen**

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**6017069926**	**OPERADOR:**	**SOI**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SANITAS S.A.**	**22/5/2026**	**300.000**
PENSIÓN:	**PORVENIR**	**22/5/2026**	**384.000**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**22/5/2026**	**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:	
N°. IDENTIFICACIÓN:	**1082889410**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1082889410
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARIA FERNANDA BARON HUELVAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	CRA 32B N 23 59 NUEVA GALICIA	TELÉFONO:	4357275
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**6017069926**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES abril AÑO	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES abril AÑO	2026
DÍAS DE MORA:		16			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/05/22	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		328843768

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
230301	230301-PORVENIR	1	$ 384.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 4.400	$ 0	$ 384.000	$ 4.400	$ 388.400
SUBTOTALES:										**$ 384.000**	**$ 4.400**	**$ 388.400**

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
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 300.000	$ 0	$ 3.500	$ 0	$ 300.000	$ 3.500	$ 0	$ 303.500
SUBTOTALES:													**$ 300.000**	**$ 3.500**	**$ 0**	**$ 303.500**

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
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 58.500	$ 58.500	$ 700	$ 0	$ 59.200
SUBTOTALES:									**$ 58.500**	**$ 700**	**$ 0**	**$ 59.200**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES						
																										PENSIÓN									SALUD						ARP													
Nº	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	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	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1082889410	BARON HUELVAS MARIA FERNANDA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.400.000				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 2.400.000	$ 384.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 384.000	EPS005-SANITAS S.A	30	$ 2.400.000	$ 300.000	$ 0	$ 300.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 2.400.000	108288941	$ 58.500		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 751.100

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA	**ACTA FINAL**	CODIGO: GJC26F VERSION: 002 FECHA ULTIMA DE REVISION: 12/12/2024 PAGINA 1 de 1

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20261483 DEL 2026

NO. DEL CONTRATO	**CD20261483**
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**MARIA FERNANDA BARON HUELVAS**
NO. DE IDENTIDAD	1082889410
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	18000000
FORMA DE PAGO	El HUJMB CANCELARÁ AL CONTRATISTA 3 CUOTA(S), POR VALOR DE ($6000000) 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 31 DE MAYO DE 2026
CDP	437
REGISTRO PRESUPUESTAL	**2162**
FECHA DE ACTA DE INICIO	3/19/2026
FECHA DE TERMINACION CONTRATO	31/05/2026
ADICION	
CDP DE LA ADICION	
REGISTRO PRESUPUESTAL DE LA ADICION	
PLAZO ADICION	
FORMA DE PAGO ADICION	
FECHA DE TERMINACION DE CONTRATO CON ADICION.	
VALOR ADICION	
VALOR FINAL DEL CONTRATO	
SUPERVISOR DEL CONTRATO	**PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADO CRÍTICO**

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 UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADO CRÍTICO** quien actúa como supervisor del contrato CD20261483 por otra parteMARIA FERNANDA BARON HUELVAS, identificado con la cedula de ciudadanía No. 1082889410 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, MAYO del año 2026.

SUPERVISOR,

MILCIADES OSORIO SANCHEZ
8.742.789

CONTRATISTA,

MARIA FERNANDA BARON HUELVAS
1082889410

COPIA CO

Scanned with CamScanner