VALENTINA ANDREA GIL MIER
1004349912
CLL 123# 2-51, BARRIO BELLO HORIZONTE
6054255155
valentinagilmier@gmail.com

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2026-05-26**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	VALENTINA ANDREA GIL MIER		
DOCUMENTO:	1004349912		
DIRECCIÓN:	CLL 123# 2-51, BARRIO BELLO HORIZO	TELÉFONO:	6054255155
CORREO ELECTRONICO:	valentinagilmier@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:	CD20261502
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

RP:	1869	CDP:	437	FECHA INICIO:	2026-03-18	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:	78140641277

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

PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Mayo**

FIRMA

_____
VALENTINA ANDREA GIL MIER
C.C. 1004349912 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

VALENTINA ANDREA GIL MIER

CON C.C Nº 1004349912

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.	**CD20261502**	**DE FECHA INICIO**	18/3/2026

	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:	**37144450**	**OPERADOR:**	**ASOPAGOS**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**NUEVA EPS**	**22/5/2026**	**300.000**
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**	**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:	Valentina Gil
N°. IDENTIFICACIÓN:	**1004349912**

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1004349912	0	VALENTINA ANDREA GIL MIER	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	8299	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
47-1	CLL 123 N2 51		3016154343			VALENTINAGILMIER@GMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2026-04	2026-04	37144450	I	2026-05-22	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	751.100	8.600	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	37144450	2026-05-06	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES																DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.					
1	CC 1004349912	GIL MIER VALENTINA ANDREA	2.400.000																	0			30	30	0	30	COLPENSION ES-25-14	2.400.000	384.000	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	2.400.000	300.000	SIN CCF-SINCCF	0	0	2.400.000	58.500	0,02436	0	0	0	0	0	59	0	742.500	N	3861001

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1004349912	0	VALENTINA ANDREA GIL MIER	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	8299	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
47-1	CLL 123 N2 51		3016154343			VALENTINAGILMIER@GMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2026-04	2026-04	37144450	I	2026-05-22	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	751.100	8.600	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	37144450	2026-05-06	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
2.400.000	2.400.000	2.400.000	0	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	384.000	0	4.400	0	388.400
COLPENSIONES	25-14	900336004	7	1	384.000	0	4.400	0	388.400
EPS(Administradoras: 1)				1	300.000	0	3.500	0	303.500
NUEVA E.P.S. S.A.	EPS037	900156264	2	1	300.000	0	3.500	0	303.500
ARP(Administradoras: 1)				1	58.500	0	700	0	59.200
POSITIVA	14-23	860011153	6	1	58.500	0	700	0	59.200
Gran Total					742.500	0	8.600	0	751.100

E.S.E. 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. CD20261502 DEL 2026

NO. DEL CONTRATO	**CD20261502**
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**VALENTINA ANDREA GIL MIER**
NO. DE IDENTIDAD	1004349912
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	1869
FECHA DE ACTA DE INICIO	3/18/2026
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 CD20261502 por otra parteVALENTINA ANDREA GIL MIER, identificado con la cedula de ciudadanía No. 1004349912 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,

VALENTINA ANDREA GIL MIER
1004349912

COPIA

Scanned with CamScanner