ELIANA MARCELA SERGE DE ARMAS
1004462971
MANZANA 8 CASA 8 CIUDADELA 29 DE JULIO
4409874
SERGEDEARMASELIANA@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2026-05-26**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	ELIANA MARCELA SERGE DE ARMAS		
DOCUMENTO:	1004462971		
DIRECCIÓN:	MANZANA 8 CASA 8 CIUDADELA 29 DE	TELÉFONO:	4409874
CORREO ELECTRONICO:	SERGEDEARMASELIANA@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:	CD20261481
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

RP:	1831	CDP:	437	FECHA INICIO:	2026-03-17	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:	912782148 64

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

PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Mayo**

FIRMA

Eliana Serge

ELIANA MARCELA SERGE DE ARMAS
C.C. 1004462971 expedida en SANTA MARTA

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ 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

ELIANA MARCELA SERGE DE ARMAS

CON C.C Nº 1004462971

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.	**CD20261481**	**DE FECHA INICIO**	17/3/2026

	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:	**37132115**	**OPERADOR:**	**ASOPAGOS**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**NUEVA EPS**	**19/5/2026**	**300.000**
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**	**19/5/2026**	**384.000**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**19/5/2026**	**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:	Eliana S.
N°. IDENTIFICACIÓN:	**1004462971**

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1004462971	0	ELIANA MARCELA SERGE DE ARMAS	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	8621	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL			EXENTO DE PARAFISCALES
47-1	MANZANA 8 CASA 8 CIUDADELA 29 DE JULIO		3023529295		SERGEDEARMASELIANA@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	37132115	I	2026-05-19	TODOS LOS CENTROS	MAGDALENA	SANTA MARTA	742.500	0	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1 de 1	37132115	2026-05-20	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES																																		DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN					
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	FECHA ING	RET	FECHA RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	FECHA VSP	VTE	VST	SLN	FECHA INICIO SLN	FECHA FIN SLN	IGE	FECHA INICIO IGE	FECHA FIN IGE	LMA	FECHA INICIO LMA	FECHA FIN LMA	VAC	FECHA INICIO VAC	FECHA FIN VAC	AVP	VCT	FECHA INICIO VCT	FECHA FIN VCT	IRL	FECHA INICIO IRL	FECHA FIN 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.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
1	CC 1004462971	SERGE DE ARMAS ELIANA MARCELA	2.400.000																														0					30	30	0	30	COLPENSIONES-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 1004462971	0	ELIANA MARCELA SERGE DE ARMAS	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	8621	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL			EXENTO DE PARAFISCALES
47-1	MANZANA 8 CASA 8 CIUDADELA 29 DE JULIO		3023529295		SERGEDEARMASELIANA@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	37132115	I	2026-05-19	TODOS LOS CENTROS	MAGDALENA	SANTA MARTA	742.500	0	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1 de 1	37132115		Pagada							

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

RESUMEN DE PAGO							
SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	384.000	0	0	384.000
COLPENSIONES	25-14	900336004	7	1	384.000	0	0	384.000
EPS(Administradoras: 1)				1	300.000	0	0	300.000
NUEVA E.P.S. S.A.	EPS037	900156264	2	1	300.000	0	0	300.000
ARP(Administradoras: 1)				1	58.500	0	0	58.500
POSITIVA	14-23	860011153	6	1	58.500	0	0	58.500
Gran Total					742.500	0	0	742.500

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

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20261481 DEL 2026

NO. DEL CONTRATO	**CD20261481**
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**ELIANA MARCELA SERGE DE ARMAS**
NO. DE IDENTIDAD	1004462971
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	**1831**
FECHA DE ACTA DE INICIO	3/17/2026
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 CD20261481 por otra parteELIANA MARCELA SERGE DE ARMAS, identificado con la cedula de ciudadanía No. 1004462971 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,

ELIANA MARCELA SERGE DE ARMAS
1004462971

COPIA

Escaneado con CamScanner