



FORMATO INFORME DE SUPERVISOR

Código: GJC22F

Versión: 1

FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 18/01/2024

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y
MARTA CECILIA QUINTERO PEÑATA identificado con C.C. 57417402

Fecha de Diligenciamiento:

2026-05-26

I. DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE ORIENTACIÓN, AUTORIZACION DE CÓDIGOS DE EPS, ASIGNACIÓN DE CITAS, PROCEDIMIENTOS O ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS A LOS USUARIOS EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.

N° CONTRATO: CD20260742

RP:

648

CDP:

1

VALOR TOTAL DEL CONTRATO:

16.200.000,00

VALOR DE HONORARIOS PERIODO:

2.700.000,00

FECHA DEL ACTA DE INICIO:

2026-01-19

FECHA DE FINALIZACIÓN:

2026-06-30

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

EVELYN ROSA GONZALEZ ORTEGA

UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

UNIDAD FUNCIONAL DE CONSULTA EXTERNA APOYO
DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

CDP - ADICION:

N/A

RP - ADICION:

N/A

VALOR CONTRATO CON ADICION:

0,00

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

PRESENTA 21 DIA DE MORA EN EL PAGO DE LA PLANILLA PARA LA SEGURIDAD SOCIAL DEL MES DE ABRIL 2026

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 Mayo

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES


EVELYN ROSA GONZALEZ ORTEGA
36722648