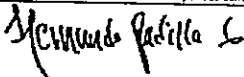


 HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE	FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	CODIGO: GJC23F VERSION: 003 FECHA DE ULTIMA REVISION: 22/08/2024 PAGINA 1 de 1
---	---	--

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE Y HERNANDO PADILLA GALINDO CON C.C N° 9272864	
INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDES BARRENECHE

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		CD20262000	DE FECHA INICIO	19/05/2026
ITEM	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	Registre todas 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.			
2	Deje registro en la historia clínica los pacientes todas las acciones necesarias para el cuidado de los pacientes, en aras de dejar constancia legal y Científica.			
3	Realice actividades donde se involucraron a los estudiantes y personal del servicio para el desarrollo formativo de los implicados.			
4	Realice el diligenciamiento de los formatos Mipres en las plataformas establecidas por el ministerio de salud para los medicamentos NO POS.			
5	Realice todas las acciones médicas pertinentes para el mejoramiento de los pacientes.			
6	Cumplir con los turnos asignados y el número total de horas contratadas, si se requiere algún cambio de turno este es solicitado por escrito con su respectiva justificación al supervisor del contrato el Subgerente Científico.			
7	Realice ronda técnico- científica y técnico - administrativa en los servicio el día y la hora estipulada por la Subgerencia Científica.			
8	Realice el diligenciamiento de Rips, formatos y demás instrumentos de control de seguimiento suministrados son por Intermedio del sistema de esta E.S.E.			
9	Realice todas las acciones pertinentes en aras de que la Institución no vea afectado sus Ingresos por acciones u omisiones con respecto a glosas realizadas por las diferentes eps y aliados estratégicos de la misma.			

No. DE PLANILLA:		9506297400	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:		COOSALUD	16/06/2026	\$ 253.500
PENSIÓN:		PORVENIR	16/06/2026	\$ 324.500
RIESGOS LABORALES:		POSITIVA	16/06/2026	\$ 94.900

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.	
Anexo evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente	
FIRMA DEL CONTRATISTA:	
N°. IDENTIFICACIÓN:	9272864