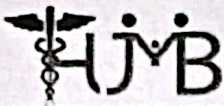


|                                                                                                                         |                    |                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br><b>JULIO MÉNDEZ<br/>BARRENECHE</b> | <b>ACTA INICIO</b> | <b>CÓDIGO: GJC25F</b><br><b>VERSIÓN: 01</b><br><b>FECHA DE ÚLTIMA</b><br><b>REVISIÓN: 16/1/2024</b><br><b>Página 1 de 1</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20244570 DEL 2024**

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>NO. DEL CONTRATO</b>         | CD20244570                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>NOMBRE DEL CONTRATANTE</b>   | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>NOMBRE DEL CONTRATISTA</b>   | MARIA MARTA GONZALEZ SANCHEZ.                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>NO. DE IDENTIDAD</b>         | 49.731.765                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>OBJETO DEL CONTRATO</b>      | 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. |
| <b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b> | \$4.200.000.00                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>FORMA DE PAGO</b>            | El HUJMB cancelará al CONTRATISTA DOS (2) Pagos por valor de DOS MILLONES CIENTO MIL PESOS M/L. (\$2.100.000)C/U, de conformidad con el informe de ejecución de las actividades contractuales realizadas, previa certificación de cumplimiento, expedido por parte del Supervisor del contrato.                |
| <b>PLAZO DE EJECUCIÓN</b>       | PREVIA LEGALIZACIÓN DEL CONTRATO SIN EXCEDER EL 30 DE SEPTIEMBRE 2024.                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>CDP</b>                      | No. 779                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>REGISTRO PRESUPUESTAL</b>    | No. 5111                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b>  | PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL CONSULTA EXTERNA, APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO                                                                                                                                                                                                                   |

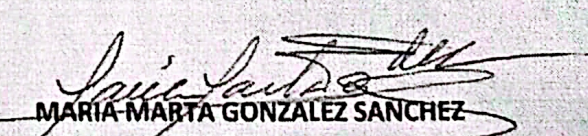
Entre los suscritos a saber **EVELYN ROSA GONZALEZ ORTEGA**, en su calidad de **PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL CONSULTA EXTERNA, APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO** y quien actúa como Supervisor del contrato No. **CD20244570** y por la otra **MARIA MARTA GONZALEZ SANCHEZ**, identificada con la cedula de ciudadanía 49.731.765 de Valledupar - Cesar, en calidad de contratista quienes se reúnen para dar inicio al contrato en mención, cuyo objeto es el mencionado en la parte superior del presente documento.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta el día 5 de **AGOSTO** del año **2024**.

**SUPERVISORA:**

**CONTRATISTA:**

  
**EVELYN ROSA GONZALEZ ORTEGA**  
 C.C. No. 36.722.648

  
**MARIA MARTA GONZALEZ SANCHEZ**  
 C.C. No. 49.731.765

|                                                                                   |                                                                 |                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO</b> | <small>CODIGO: GJC23F<br/>VERSION: 003<br/>FECHA DE ULTIMA REVISION:<br/>22/08/2024<br/>PAGINA 1 de 1</small> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y</b><br><b>MARIA MARTA GONZALEZ SANCHEZ</b><br><b>CON C.C N° 49731765</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

|                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                        |          |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------|
| <b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>                                  | 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. |                        |          |
| <b>CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b> | CD20244570                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>DE FECHA INICIO</b> | 5/082024 |

|             |                                                                                                                                                                                                            |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ITEM</b> | <b>II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO</b><br>(Deben ser coherentes con las actividades específicas del objeto del contrato) |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|   |                                                                                                                      |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Se apoyó el armado de carpeta con sus respectivas autorizaciones para programación de cirugía.                       |
| 2 | Se realizó verificación de estados de autorizaciones de coosalud para programación de Cirugía.                       |
| 3 | Se asignaron citas de endoscopia y colonoscopia a los usuarios que requerían.                                        |
| 4 | Se realizó asignación de citas prequirúrgicas para pacientes de procedimientos quirúrgicos                           |
| 5 | Se realizaron codigos de autorizacion de coosalud para procedimientos quirúrgicos y cirugías programadas             |
| 6 | Se brindó orientación a usuarios que llegaron a su cita, asignando ficho para ser facturado en los casos necesarios. |
| 7 | Se realizó verificación de cita asignada en listado de asistencia.                                                   |

**III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

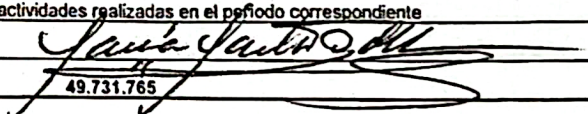
|                           |                |                      |                         |
|---------------------------|----------------|----------------------|-------------------------|
| <b>No. DE PLANILLA:</b>   | 9470630365     | <b>OPERADOR:</b>     | <b>APORTES EN LINEA</b> |
| <b>CONCEPTO DEL PAGO</b>  | <b>ENTIDAD</b> | <b>FECHA DE PAGO</b> | <b>VALOR PAGADO</b>     |
| <b>SALUD:</b>             | COOSALUD       | 15/8/2024            | 162.500                 |
| <b>PENSIÓN:</b>           | COLPENSIONES   | 15/8/2024            | 208.000                 |
| <b>RIESGOS LABORALES:</b> | POSITIVA       | 15/8/2024            | 31.700                  |

**IV. 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.

**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 periodo correspondiente

|                               |                                                                                      |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>FIRMA DEL CONTRATISTA:</b> |  |
| <b>N°. IDENTIFICACIÓN:</b>    | 49.731.765                                                                           |



## FORMATO INFORME DE SUPERVISOR

Código: GJC22F

Versión: 1

FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/01/2024

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y MARIA MARTHA GONZALEZ SANCHEZ identificado con C.C. 49731765

Fecha de Diligenciamiento: 2024-08-28

### 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:                               | CD20244570 | RP:                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 5111                                                                 | CDP: | 779          |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO:                  |            | 4.200.000,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | VALOR DE HONORARIOS PERIODO:                                         |      | 2.100.000,00 |
| FECHA DEL ACTA DE INICIO:                  |            | 2024-08-05                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | FECHA DE FINALIZACION:                                               |      | 2024-09-30   |
| 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: | 0 | RP - ADICION: | 0 | VALOR CONTRATO CON ADICION: | 0,00 |
|----------------|---|---------------|---|-----------------------------|------|

### III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SATISFACTORIAMENTE

### 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 Agosto

### V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

  
EVELYN ROSA GONZALEZ ORTEGA  
36722648

UNIDAD FUNCIONAL DE CONSULTA EXTERNA APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO

MARIA MARTHA GONZALEZ SANCHEZ  
49731765  
MZA 5 CASA9  
3043503190  
#N/A

## CUENTA DE COBRO

### DATOS PERSONALES

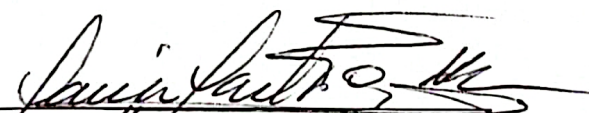
|                            |                               |           |            |
|----------------------------|-------------------------------|-----------|------------|
| Fecha de Diligenciamiento: | 2024-08-28                    |           |            |
| NOMBRES Y APELLIDOS:       | MARIA MARTHA GONZALEZ SANCHEZ |           |            |
| DOCUMENTO:                 | 49731765                      |           |            |
| DIRECCIÓN:                 | MZA 5 CASA9                   | TELÉFONO: | 3043503190 |
| CORREO ELECTRONICO:        | #N/A                          |           |            |

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que en la declaración de renta del año gravable 2024 no tomaré costos y deducciones

### DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                 |                |                             |                |              |            |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------|-----------------------------|----------------|--------------|------------|
| N° CONTRATO:             | CD20244570                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                 |                |                             |                |              |            |
| 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. |                 |                |                             |                |              |            |
| RP:                      | 5111                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | CDP:            | 779            | FECHA INICIO:               | 2024-08-05     | FECHA FINAL: | 2024-09-30 |
| VALOR CONTRATO:          | 4.200.000,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                 | VALOR A PAGAR: | 2.100.000,00                |                |              |            |
| BANCO A CONSIGNAR:       | BBVA                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | TIPO DE CUENTA: | Ahorros        | No. CUENTA:                 | 05180002004172 |              |            |
| CDP - ADICION:           | 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | RP - ADICION:   | 0              | VALOR CONTRATO CON ADICION: | 0,00           |              |            |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | Agosto                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                 |                |                             |                |              |            |

### FIRMA

  
MARIA MARTHA GONZALEZ SANCHEZ  
C.G. 49731765 expedida en VALLEDUPAR

## Resumen General de Pago

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE     |         |                              |                 |                    |                                      |                       |                        |                       |           |
|-----------------------------------|---------|------------------------------|-----------------|--------------------|--------------------------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|-----------|
| Identificación                    | dv      | Razon Social                 | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion                            | Ciudad-Departamento   | Teléfono               | Exonerado SENA e ICBF |           |
| CC 49731765                       |         | GONZALEZ SANCHEZ MARIA MARTA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | PORTALES DEL ARCO IRIS manz 5 casa 9 | SANTA MARTA-MAGDALENA | 55555555               | No                    |           |
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |                              |                 |                    |                                      |                       |                        |                       |           |
| Periodo                           |         | Clave                        |                 | Tipo               |                                      | Fecha                 |                        | Pago                  |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago                         | Planilla        | Planilla           |                                      | Limite                | Pago                   | Banco                 | Dias Mora |
| 2024-07                           | 2024-07 | 63124910                     | 9470630365      | 1                  |                                      | 2024/08/16            | 2024/08/15             | BANCO DE OCCIDENTE    | 0         |
| RESUMEN DE PAGO                   |         |                              |                 |                    |                                      |                       |                        |                       |           |
| RIESGO                            | CODIGO  | NIT                          | DV              | AFILIADOS          | VALOR LIQUIDADO                      | INTERESES MORA        | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR         |           |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1)          |         |                              |                 | 1                  | \$208,000                            | \$0                   | \$0                    | \$208,000             |           |
| COLPENSIONES                      | 25-14   | 900,336,004                  | 7               | 1                  | \$208,000                            | \$0                   | \$0                    | \$208,000             |           |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1)          |         |                              |                 | 1                  | \$31,700                             | \$0                   | \$0                    | \$31,700              |           |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS      | 14-23   | 860,011,153                  | 6               | 1                  | \$31,700                             | \$0                   | \$0                    | \$31,700              |           |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1)          |         |                              |                 | 1                  | \$162,500                            | \$0                   | \$0                    | \$162,500             |           |
| COOSALUD MOVILIDAD                | ESSC24  | 900,226,715                  | 3               | 1                  | \$162,500                            | \$0                   | \$0                    | \$162,500             |           |
| TOTAL                             |         |                              |                 | 1                  | \$402,200                            | \$0                   | \$0                    | \$402,200             |           |