E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	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 DIANA CAROLINA RAMOS VENTURA identificado con C.C. 1043023851

Fecha de Diligenciamiento:	2026-01-29

I. DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

N° CONTRATO:	CD20260366	RP:	562	CDP:	2
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	12.000.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	6.000.000,00		
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2026-01-15	FECHA DE FINALIZACION:	2026-02-28		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MILCIADES OSORIO SANCHEZ				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADO CRÍTICO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

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

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

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 Enero

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

MILCIADES OSORIO SANCHEZ
8742789
UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADO CRÍTICO

Powered by CamScanner

DIANA CAROLINA RAMOS VENTURA
1043023851
CARRERA 30 N 50 - 09
0
DRAMOSV17@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2026-01-29**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	DIANA CAROLINA RAMOS VENTURA		
DOCUMENTO:	1043023851		
DIRECCIÓN:	CARRERA 30 N 50 - 09	TELÉFONO:	0
CORREO ELECTRONICO:	DRAMOSV17@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:	CD20260366
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

RP:	562	CDP:	2	FECHA INICIO:	2026-01-15	FECHA FINAL:	2026-02-28

VALOR CONTRATO:	12.000.000,00	VALOR A PAGAR:	6.000.000,00

BANCO A CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	660703562

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

PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Enero**

FIRMA

DIANA CAROLINA RAMOS VENTURA
C.C. 1043023851 expedida en SABANALARGA ATLANTICO

Powered by CamScanner

HUJMB JULIO MENDEZ BARRENECHE	ACTA DE INICIO	CÓDIGO: GJC25F VERSIÓN: 002 FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 09/1/2025 PÁGINA 1 de 1

ACTA DE INICIO DEL CONTRATO No. CD20260366 DEL 2026

NO. DEL CONTRATO	CD20260366
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	RAMOS VENTURA DIANA CAROLINA
NO. DE IDENTIDAD	1043023851
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	12.000.000 (DOCE MILLONES DE PESOS M/C)
FORMA DE PAGO	El HUJMB CANCELARÁ AL CONTRATISTA 2 CUOTA(S), POR VALOR DE SEIS MILLONES DE PESOS M/L. ($6.000.000). 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 28 DE FEBRERO DE 2026
CDP	2
REGISTRO PRESUPUESTAL	562
SUPERVISOR DEL CONTRATO	PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL HOSPITALIZACION Y CUIDADO CRÍTICO

Entre los suscritos a saber **MILCIADES OSORIO SANCHEZ**, en su calidad de **PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL HOSPITALIZACION Y CUIDADO CRÍTICO**, quien actúa como supervisor del contrato CD20260366 por otra parte RAMOS VENTURA DIANA CAROLINA, 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 a los 15 DE ENERO DE 2026.

SUPERVISOR,

MILCIADES OSORIO SANCHEZ
C.C. No. 8.742.789

CONTRATISTA,

RAMOS VENTURA DIANA CAROLINA
1043023851

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

HJMB JULIO MENDEZ 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

DIANA CAROLINA RAMOS VENTURA

CON C.C Nº 1043023851

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

IETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL, PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.		
NTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20260366	DE FECHA INICIO	15/1/2025

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	Obré con diligencia y el cuidado necesario en los asuntos que le asigne el lider de área o subgerente científico de E.S.E.
2	Entregué las actividades dejando registro de la entrega de las novedades de los pacientes del servicio a cargo en el Formato correspondiente.
3	Realicé seguimiento de las actividades asistenciales y administrativas de los pacientes del servicio, dejando registro de esta actividad en el Formato correspondiente, con el fin de agilizar y optimizar los procesos.
4	Realicé registró en la historia clinica de evoluciones médicas,historia clinica de ingreso, epicrisis, formulación, registro de exámenes paraclinicos, de imágenes diagnósticas y otros, con firma y sello, según indicaciones de los médicos tratantes.
5	Realicé funciones de apoyo administrativas en el área de urgencias.
6	En la evolución medica diaria se evidencia y se anotaron los cambios y/o avances en el diagnóstico y tratamiento, lo cual incluye la posibilidad de cambio en el diagnóstico.
7	Pase revista diaria en las 3 jornadas y presentar cada paciente al especialista correspondiente.
8	Realicé seguimiento de la aplicación de hemoderivados con registro en la historia clinica con lo establecido en la norma vigente 15 minutos, transtransfucional y postranfucional.
9	Realicé actualización de resúmenes de historia clinica para las diferentes aseguradoras
10	Colaboré en reanimación cardio - cerebro pulmonar.
11	Socialice y supervicé el reporte de los eventos adversos en el Formato correspondiente, realizar seguimiento y participar en la elaboración de los planes de mejoramiento respectivos.
12	Presenté informes según solicitud del supervisor del contrato o la Subdirección Científica.
13	Velé por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad.
14	Aporte a la E.S.E la hoja de vida y los documentos de identificación que le sean solicitados.
15	Atendí a los pacientes en los turnos y en área asignada por la E.S.E.

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

DE PLANILLA:	9497082241	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
ICEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
UD:	SANITAS	8/1/2026	280.000
SIÓN:	PORVENIR	8/1/2026	358.400
GOS LABORALES:	POSITIVA ARL	8/1/2026	54.600

IV.DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

ue desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
ue realicé el pago de la Seguridad Social por el valor que exige la Ley, pago del cual anexo copia simple.
ue 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

DEL CONTRATISTA:	DIANA CAROLINA RAMOS VENTURA
ENTIFICACIÓN:	C. C. 1043023851

Powered by CamScanner

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1043023851		RAMOS VENTURA DIANA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 30 #50-09	SANTA MARTA-MAGDALENA	3113323580	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	2067922937	9497082241	I	2026/01/15	2026/01/08	BANCO DE BOGOTA	0	$693,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$2,240,000	$358,400			$2,240,000	$280,000			$0	$0			$2,240,000		$54,600		$0	$0		$693,000
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$2,240,000	$358,400			$2,240,000	$280,000			$0	$0			$2,240,000		$54,600		$0	$0		$693,000
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)																					$2,240,000	$358,400			$2,240,000	$280,000			$0	$0			$2,240,000		$54,600		$0	$0		$693,000
1	CC	1043023851	RAMOS DIANA																	23030 1	30	$2,240,000	$358,400	EPS005	30	$2,240,000	$280,000		0	$0	$0	14-23	30	$2,240,000	2.436%	$54,600	0	$0	$0	No	$693,000
Total	**Afiliados(1)**																					$2,240,000	$358,400			$2,240,000	$280,000			$0	$0			$2,240,000		$54,600		$0	$0		$693,000

Powered by CamScanner

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$358,400	$0	$0	$358,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$358,400	$0	$0	$358,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$54,600	$0	$0	$54,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$54,600	$0	$0	$54,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,000	$0	$0	$280,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$280,000	$0	$0	$280,000
TOTAL				1	$693,000	$0	$0	$693,000

Powered by CamScanner

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

CIUDAD DE EXPEDICION	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No
ARMENIA	ARMENIA	ANEXO CAUSA PRIMA	60-03-101010442	1

TOMADOR	DIANA CAROLINA RAMOS VENTURA			CC	1.043.023.851
DIRECCION	CR 30 NRO. 50 - 09	CIUDAD	SANTA MARTA, MAGDALENA	TELEFONO	
ASEGURADO	DIANA CAROLINA RAMOS VENTURA			CC	1.043.023.851
DIRECCION	CR 30 NRO. 50 - 09	CIUDAD	SANTA MARTA, MAGDALENA	TELEFONO	
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO		VIGENCIA ANEXO	
	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
31 / 12 / 2025	04 / 12 / 2025	04 / 12 / 2026	31 / 12 / 2025	04 / 12 / 2026

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION	COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA	% PARTICIPACION
CONECTA SEGUROS LTDA	194652	100.00		

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: MEDICINA GENERAL

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		$ 700,000,000.00		
	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	$ 700,000,000.00		
	GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD			$ 100,000,000.00

DEDUCIBLES: * 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Minimo: 1.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES PPOF DE SALUD * 10.00 % DE LOS GASTOS INCURRIDOS en GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD

LIMITES POR EVENTO: GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD - $ 15,000,000.0

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******300,000,000.00	PRIMA:	$ **********100,863.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********19,164.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********120,027.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO,DENTRO DE LOS 45 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CARRERA 14 NO. 14 N - 30, TELÉFONO 7358800 - ARMENIA

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.08.0000000E.RC.001A. D00I, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415)7709998021167(8020)1100020214297 0(3900)000000120027(36)20260214

REFERENCIA PAGO:
1100020214297-0

60-03-101010442

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TOMADOR

LADYROJASSUS

Powered by CamScanner

SEGUROS DEL ESTADO

NIT 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

CIUDAD DE EXPEDICION	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No
ARMENIA	ARMENIA	ANEXO CAUSA PRIMA	60-03-101010442	1

TOMADOR	DIANA CAROLINA RAMOS VENTURA			CC	1.043.023.851
DIRECCION	CR 30 NRO. 50 - 09	CIUDAD	SANTA MARTA, MAGDALENA	TELEFONO	
ASEGURADO	DIANA CAROLINA RAMOS VENTURA			CC	1.043.023.851
DIRECCION	CR 30 NRO. 50 - 09	CIUDAD	SANTA MARTA, MAGDALENA	TELEFONO	
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
31 / 12 / 2025	04 / 12 / 2025	04 / 12 / 2026	31 / 12 / 2025	04 / 12 / 2026

INTERVENIDARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
CONECTA SEGUROS LTDA	194652	100.00
CLIENTE		

COASEGURO CEDIDO

COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

Recuerda que puedes actualizar tus datos de contacto conforme a la Ley 2300, a través de nuestras páginas:

www.segurosdelestado.com
o www.segurosdevidadelestado.com

Ve a la opción PQR y selecciona el tipo Oficina Principal AUTOPISTA NORTE # 103 - 60, PISO 5 Telefono: 601-2186977, 601-6019330
Acceso a la información

CONOCE LOS MEDIOS DE PAGO

PAGINA WEB · pse · VISA

CORRESPONSALES BANCARIOS

Carulla · Super INTER · éxito · MOVIRED · SURTIMAX · Coopidrogas

PAGOS CON CONVENIO *No aplica para transferencias

Bancolombia — Seguros del Estado Cuenta Convenio 47189

Banco de Bogotá — Seguros del Estado Cuenta Convenio 008465445

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******300,000,000.00	PRIMA:	$ **********100,863.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********19,164.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********120,027.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO,DENTRO DE LOS 45 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

CARRERA 14 NO. 14 N - 30, TELÉFONO 7358800 - ARMENIA

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.06.0000000E.RC.001A. D00I, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998021167(8020)11000202142970(3900)000000120027(96)20260214

REFERENCIA PAGO: 1100020214297-0

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

Powered by CamScanner