HJMB JULIO MÉNDEZ 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 ANGELICA MARIAM VILLALOBOS QUINTERO identificado con C.C. 1004355814

Fecha de Diligenciamiento:	2026-02-02

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:	CD20260396	RP:	1201	CDP:	2
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	12.000.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	6.000.000,00		
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2026-01-23	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

Pendiente

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

ANGELICA MARIAM VILLALOBOS QUINTERO
1004355814
MZ 5 CASA 90 VILLA ALESSANDRA
3013392516
angelicaquintero1502@gmail.com

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2026-02-02**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	ANGELICA MARIAM VILLALOBOS QUINTERO		
DOCUMENTO:	1004355814		
DIRECCIÓN:	MZ 5 CASA 90 VILLA ALESSANDRA	TELÉFONO:	3013392516
CORREO ELECTRONICO:	angelicaquintero1502@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:	CD20260396
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

RP:	1201	CDP:	2	FECHA INICIO:	2026-01-23	FECHA FINAL:	2026-02-28

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

BANCO A CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	77979134056

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

PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Enero**

FIRMA

ANGELICA MARIAM VILLALOBOS QUINTERO
C.C. 1004355814 expedida en SANTA MARTA

Powered by CamScanner

HUJMB Hospital Universitario 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. CD20260396 DEL 2026

NO. DEL CONTRATO	CD20260396
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	ANGELICA MARIAM VILLALOBOS QUINTERO
NO. DE IDENTIDAD	1004355814
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	1201
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 **CD20260396** por otra parte **ANGELICA MARIAM VILLALOBOS QUINTERO** en calidad de contratista quienes se reunen para dar inicio al contrato en mecion, 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 **23 DE ENERO DE 2026.**

SUPERVISOR,

MILCIADES OSORIO SANCHEZ
C.C. No. 8.742.789

CONTRATISTA,

ANGELICA MARIAM VILLALOBOS QUINTERO
C.C.1004355814

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

ANGELICA MARIAM VILLALOBOS QUINTERO

CON C.C Nº 1004355814

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL, PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20260396	DE FECHA INICIO	23/1/2026

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	Obré con diligencia y el cuidado necesario en los asuntos que le asigne el líder 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 clínica de evoluciones médicas,historia clínica de ingreso, epicrisis, formulación, registro de exámenes paraclínicos, de imágenes diagnósticas y otros, con firma y sello, según indicaciones de lus 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 clínica con lo establecido en la norma vigente 15 minutos, transtransfucional y postranfucional.
9	Realicé actualización de resúmenes de histona clínica para las diferentes aseguradoras
10	Colaboré en reanimación cardio - cerebro pulmonar.
11	Socialicé 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 biosegundad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad.
14	Aporté 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

No. DE PLANILLA:	9496826850	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	MUTUALSER	7/1/2026	280.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	7/1/2026	358.400
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA ARL	7/1/2026	54.600

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 período correspondiente

FIRMA DEL CONTRATISTA:	Angelica Villalobos
	ANGELICA MARIAM VILLALOBOS QUINTERO
Nº. IDENTIFICACIÓN:	C. C. 1004355814

Powered by CamScanner

aportes en línea

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 1004355814		ANGELICA MARIAM VILLALOBOS QUINTERO	INDEPENDIENTE	Principal	Manzana 5 casa 90	SANTA MARTA-MAGDALENA	5555555	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	2064781294	9496826850	I	2026/01/06	2026/01/07	BANCOLOMBIA	1	$693,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: Principal (1 Afiliados)					$2,240,000	$358,400			$2,240,000	$280,000			$0	$0			$2,240,000	$54,600		$0	$0
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
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
1	CC 1004355814	VILLALOBOS ANGELICA	25-14	30	$2,240,000	$358,400	ESSC07	30	$2,240,000	$280,000		0	$0	$0	14-23	30	$2,240,000	$54,600	0	$0	$0
Total	Afiliados(1)				$2,240,000	$358,400			$2,240,000	$280,000			$0	$0			$2,240,000	$54,600		$0	$0

Powered by CamScanner

aportes en línea

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 1004355814		ANGELICA MARIAM VILLALOBOS QUINTERO	INDEPENDIENTE	Principal	Manzana 5 casa 90	SANTA MARTA-MAGDALENA	5555555	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	2064781294	9496826850	I	2026/01/06	2026/01/07	BANCOLOMBIA	1	$693,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$358,400	$300	$0	$358,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$358,400	$300	$0	$358,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$54,600	$100	$0	$54,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$54,600	$100	$0	$54,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,000	$200	$0	$280,200
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	1	$280,000	$200	$0	$280,200
TOTAL				1	$693,000	$600	$0	$693,600

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
SANTA MARTA	AGENCIA SANTA MARTA	EMISION ORIGINAL	46-03-101002897	0

TOMADOR	ANGELICA MARIAM VILLALOBOS QUINTERO			CC	1.004.355.814
DIRECCION	MZ 5 CS 90	CIUDAD	SANTA MARTA, MAGDALENA	TELEFONO	3013392516
ASEGURADO	ANGELICA MARIAM VILLALOBOS QUINTERO			CC	1.004.355.814
DIRECCION	MZ 5 CS 90	CIUDAD	SANTA MARTA, MAGDALENA	TELEFONO	3013392516
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)
22 / 01 / 2026	21 / 01 / 2026	21 / 01 / 2027	21 / 01 / 2026	21 / 01 / 2027

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
MARINA DE LAS MISER CORREA CARDENAS	20307	100.00

COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: MEDICINA GENERAL

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		$ 550,000,000.00		
	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	$ 550,000,000.00		
	GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD			$ 100,000,000.00

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

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

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******550,000,000.00	PRIMA:	$ **********353,648.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********67,193.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********420,841.00

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 SERA 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.

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CALLE 20 NO. 11-75 L103, TELÉFONO 4208074 - SANTA MARTA

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



REFERENCIA PAGO: 110151010399

46-03-101002897

FIRMA AUTORIZADA

JOSEOBANDO

CLIENTE

TOMADOR

Powered by CamScanner