



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
ANDRES FELIPE CARREÑO DUARTE identificado con C.C. 1083028188

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: CD20260425

RP:

330

CDP:

2

VALOR TOTAL DEL CONTRATO:

12.000.000,00

VALOR DE HONORARIOS PERIODO:

6.000.000,00

FECHA DEL ACTA DE INICIO:

2026-01-13

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

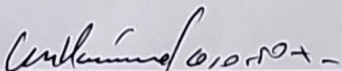
III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

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

ANDRES FELIPE CARREÑO DUARTE
1083028188
CANARIAS ETAPA 1 MZ 2 CASA 32
4355697
ANDRES-DUARTE05@HOTMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

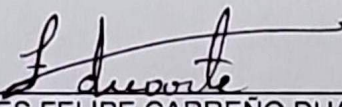
Fecha de Diligenciamiento:	2026-01-29		
NOMBRES Y APELLIDOS:	ANDRES FELIPE CARREÑO DUARTE		
DOCUMENTO:	1083028188		
DIRECCIÓN:	CANARIAS ETAPA 1 MZ 2 CASA 32	TELÉFONO:	4355697
CORREO ELECTRONICO:	ANDRES-DUARTE05@HOTMAIL.COM		

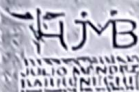
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que en la declaración de renta del año gravable 2025 no tomaré costos y deducciones

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° CONTRATO:	CD20260425						
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.						
RP:	330	CDP:	2	FECHA INICIO:	2026-01-13	FECHA FINAL:	2026-02-28
VALOR CONTRATO:	12.000.000,00		VALOR A PAGAR:	6.000.000,00			
BANCO A CONSIGNAR:	davivienda	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	055011680002202		
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:				Enero			

FIRMA


ANDRES FELIPE CARREÑO DUARTE
C.C. 1083028188 expedida en SANTA MARTA



ACTA DE INICIO

CÓDIGO: GJC25F
VERSIÓN: 002
FECHA DE ÚLTIMA
REVISIÓN: 09/1/2025
PÁGINA 1 de 1

ACTA DE INICIO DEL CONTRATO No. CD20260425 DEL 2026

NO. DEL CONTRATO	CD20260-125
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	CARREÑO DUARTE ANDRES FELIPE
NO. DE IDENTIDAD	1003020180
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO 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 HUI MB 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 LEGALIZACIÓN HASTA EL 28 DE FEBRERO DE 2026
CDP	2
REGISTRO PRESUPUESTAL	330
SUPERVISOR DEL CONTRATO	PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADO CRÍTICO

Entre los suscritos a saber MILCIADES OSORIO SANCHEZ, en su calidad de PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADO CRÍTICO, quien actúa como supervisor del contrato CD20260-125 por otra parte CARREÑO DUARTE ANDRES FELIPE, 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 13 DE ENERO DE 2026.

SUPERVISOR,

CONTRATISTA,

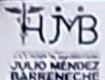
MILCIADES OSORIO SANCHEZ
C.C. No. 8.742.789

CARREÑO DUARTE ANDRES FELIPE
1003020180

891780185-2

Carrera 14 # 23-42, Los Alcázares

@hujullomendezb
www.hujmb.gov.co

	FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	CODIGO: GUZDF VERSION: 003 FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 23/12/2025 PAGINA 1 de 1

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y
ANDRÉS FELIPE CARREÑO DUARTE
CON C.C.N. 1.083.028.188

I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E. HOSPITAL
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No. CD CD20260425 **DE FECHA INICIO** 13/01/2026

II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO

ITEM	
1	Entregué de actividades dejando registro de la entrega de las novedades de los pacientes del servicio a cargo en el Formato correspondiente.
2	Realicé la recepción de los pacientes en el servicio, con el fin de dar continuidad a su atención, con el fin de dar continuidad a su atención, con el fin de dar continuidad a su atención.
3	Realicé la recepción de los pacientes en el servicio, con el fin de dar continuidad a su atención, con el fin de dar continuidad a su atención, con el fin de dar continuidad a su atención.
4	Realización de Certificados de defunción según solicitud del Líder o de la Subdirección Científica.
5	Socialicé y supervisar el reporte de los eventos adversos en el Formato correspondiente, realizar seguimiento y participar en la elaboración de los planes de mejoramiento respectivos.
6	En caso de ser necesario durante la atención de pacientes según requerimiento o servicio requerido, debo garantizar el correcto ordenamiento y firma del respectivo formato de solicitud de servicio y/o medicamento.
7	Atendi a los pacientes en los turnos y en área asignada por la E.S.E.
8	Asistí a la ronda Médico técnico- científica y Técnico- Administrativa.
9	Asistí a la jornada de socialización de diligenciamiento de nacidos vivos y sensibilización de no uso de siglas en diligenciamiento de Historias clínicas.
10	Realicé la revista médica diaria la cual consiste en valoración, seguimiento, evoluciones, órdenes médicas y ayudas diagnósticas, RIPS, Epícrisis, de los pacientes hospitalizados.
11	
12	

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

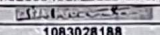
No. DE PLANILLA:	88878838364	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANTAS	29/01/2026	280,000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	29/01/2026	358,400
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	29/01/2026	54,600

IV. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el Informe anexo, dentro del período de cobro.

V. ANEXOS

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente.

FIRMA DEL CONTRATISTA: 

Nº. IDENTIFICACIÓN: 1083028188

DAVID MENON

TITULO GENERAL DE IDENTIFICACIÓN CÉDULA DE CIUDADANÍA NOMBRE DE IDENTIFICACIÓN ANTONIO FELIPE CASTELLANO SUAREZ NUESTRO MARTÍN DEPARTAMENTO CALLE 30-9 SUR EN BOGOTÁ TELEFONO CHAMPPECENTE CLASE APARTAMENTO PRENSA ACTIVIDAD ECONOMICA (UNICO)		TITULO GENERAL DE IDENTIFICACIÓN TITULO DE PASAJE 888778833844 Documento A-62 3025 2006/01/29 NÚMERO AUTORIZACIÓN		NOMBRE PLANEACIÓN PERIODO AUTORIZACIÓN (GRUPO) FECHA PASO (semanalmente) 14-03 2006/01/29 NÚMERO AUTORIZACIÓN		TITULO GENERAL DE IDENTIFICACIÓN TITULO DE PASAJE 888778833844 Documento A-62 3025 2006/01/29 NÚMERO AUTORIZACIÓN		TITULO GENERAL DE IDENTIFICACIÓN TITULO DE PASAJE 888778833844 Documento A-62 3025 2006/01/29 NÚMERO AUTORIZACIÓN	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

[illegible][illegible][illegible][illegible]

TOTAL PAGADO:	\$ 695.000
----------------------	------------



SEGUROS
DEL
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
CONVENIO SCARE OCURRENCIA

CIUDAD DE EXPEDICIÓN BOGOTÁ, D.C.	SUCURSAL AGENCIA MAI DATARIA - PARQUE 93	TIPO DE MOVIMIENTO ANEXO CAUSA PRIMA	PÓLIZA No. 53-01-012071867	ANEXO No. 1
--------------------------------------	---	---	-------------------------------	----------------

TOMADOR DIRECCIÓN ASEGURADO DIRECCIÓN BENEFICIARIO	SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE CR 15 A NRO. 120 - 74 ANDRES FELIPE CARREÑO DUARTE CONJUNTO RESIDENCIAL CANARIAS ETAPA 1 MANZANA 2 CASA 32 TERCEROS AFECTADOS	CIUDAD BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPIT SANTA MARTA, MAGDALENA	NIT 860.020.082-1 TELÉFONO 6196077 CC 1.083.028.188 TELÉFONO 3146693240 NIT 0-0
--	--	--	--

FECHA DE EXPEDICIÓN (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)
09 / 01 / 2026	10 / 01 / 2026	10 / 01 / 2027	31 / 01 / 2026	15 / 01 / 2027

INTERMEDIARIO AGENCIA VITARTIS SEGUROS LTDA	CLAVE 72986 0	% PARTICIPACIÓN 100.00	COMPañIA COASEGURO CEDIDO	% PARTICIPACIÓN
--	---------------------	---------------------------	------------------------------	-----------------

INFORMACIÓN DEL RIESGO

RIESGO: 1
ACTIVIDAD: MEDICINA GENERAL

DESCRIPCIÓN	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLÍMITE
GASTOS DE DEFENSA	GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD	\$ 0.00		\$ 100,000,000.00

DEDUCIBLES: * 10.00 % DE LOS GASTOS INCURRIDOS en GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD

PERJUICIO PATRIMONIAL	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	\$ 600,000,000.00 \$ 600,000,000.00
-----------------------	-----------------------------------	--

DEDUCIBLES: * 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMLV en ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD

OBJETO DE LA PÓLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	\$ *****200,000,000.00	PRIMA:	\$ *****59,664.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	\$ *****11,336.00
		TOTAL A PAGAR:	\$ *****71,000.00

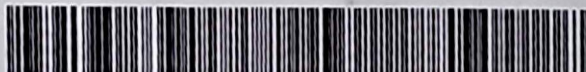
TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1968 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGUROSTADO, DENTRO DE LOS DÍAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

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 DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CRA. 11A NO. 93A - 82 OFC. 401, TELÉFONO 7422342 - BOGOTÁ, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.01.00000001.ERC.001A.0001 ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM



(415) 7709998021167 (8020) 11021103261545 (3900) 000000071000 (96) 20260131

REFERENCIA
PAGO:
1100020328576-3

02-03-101071909 ASESOR AUTORIZADA

TCR/ECR

CLIENTE

Oficina Principal:
AUTOPISTA NORTE #
103 - 60, PISO 5
Telefono: 601-2186977,
601-6019330



SEGUROS
DEL
ESTADO

NIT: 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CONVENIO SCARE OCURRENCIA

AGENCIA		TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93		ANEXO CAUSA PRIMA	53-01-012071867	1
TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE		NIT	860.020.082-1
DIRECCION	CR 15 A NRO. 120 - 74	CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	6196077
ASEGURADO	ANDRES FELIPE CARREÑO DUARTE		CC	1.083.028.188
DIRECCION	CONJUNTO RESIDENCIAL CANARIAS ETAPA 1	CIUDAD SANTA MARTA, MAGDALENA	TELEFONO	3146693240
	MANZANA 2 CASA 32		NT	0-0
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO SE AUMENTA EL AVLOR ASEGURADO A \$600.000.000 POR SOLICITUD DEL CLIENTE

LIMITES Y SUBLIMITES ASEGURADOS:

COBERTURA SUBLIMITE Los sublimites indicados hacen parte del límite asegurado y no en adición al mismo.
AMPARO BASICO: 100% del límite asegurado por evento y vigencia
SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS; 100% del límite asegurado por evento y vigencia
USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD: 100% del límite asegurado por evento y vigencia
GASTOS DE DEFENSA: EVENTO: \$15.000.000
VIGENCIA: \$100.000.000

DEMÁS TERMINOS Y CONDICIONES NO MENCIONADOS EN ESTE ANEXO PERMANECEN SIN MODIFICACION