E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO 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 ANA MARIA VIVES GARCIA identificado con C.C. 1140902798

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:	CD20260432	RP:	331	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

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

ANA MARIA VIVES GARCIA
1140902798
CALLE 20 NUMERO 1-51
3216963054
ANAMARIAVIVES22@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2026-01-29**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	ANA MARIA VIVES GARCIA		
DOCUMENTO:	1140902798		
DIRECCIÓN:	CALLE 20 NUMERO 1-51	TELÉFONO:	3216963054
CORREO ELECTRONICO:	ANAMARIAVIVES22@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:	CD20260432
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

RP:	331	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:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	51757744221

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

PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Enero**

FIRMA

ANA MARIA VIVES GARCIA
C.C. 1140902798 expedida en BARRANQUILLA

ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. DC20260432 DEL 2026

NO. DEL CONTRATO	**CD20260432 DEL 2026**
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**ANA MARIA VIVES GARCIA**
NO. DE IDENTIDAD	**1140902798**
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE..
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	DOCE MILLONES DE PESOS M/L. ($ 12.000.000)
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 legalización del contrato sin exceder el 28 de febrero de 2026
CDP	2
REGISTRO PRESUPUESTAL	331
SUPERVISOR DEL CONTRATO	**PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL HOSPITALIZACION Y CUIDADO CRITICO**

Entre los suscritos,a saber **MILCIADES OSORIO SANCHEZ** ,en su calidad de **PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL HOSPITALIZACION Y CUIDADO CRITICO** quien actúa como supervisor del contrato **(CD20260432)** por otra parte **ANA MARIA VIVES GARCIA**, 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) días, del mes de (ENERO) del año (2026).

.

SUPERVISOR,

MILCIADES OSORIO SANCHEZ
(CC.8.742.789)

CONTRATISTA,

ANA MARIA VIVES GARCIA
(1140902798)

COPIA CONTROLADA

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE – DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA	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			
ANA MARIA VIVES GARCIA			
CON C.C Nº 1140902798			
I. INFORMACION 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 UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20260432**	**DE FECHA INICIO**	**13/01/2026**

ITEM	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	Realicé solicitudes de exámenes diagnósticos, remisiones e interconsultas, con firma y sello, según indicaciones de los médicos especialistas tratantes.
2	Realicé rondas medico técnico- científica y técnico- administrativa realizadas en el servicio de medicina interna
3	Atendí pacientes en los turnos y en área asignada por la E.S.E Según horario correspondiente.
4	Realicé la revista medica diaria la cual consiste en valoracion, seguimiento, evolucion, ordenens medicas y ayudas diagnosticas, RIPS y epicrisis delos pacientes hospitalizados.
5	Informé y evalue los pacientes hospitalizados en el servicio para definir acciones.
6	Registré en las Historias Clinica todas la acciones relativas al cuidado del enfermo para dejar constancia cientifica y legal de lo actuado, utilizando la forma en la cual se encuentre previsto el sistema dentro del cual se registran.
7	Diligencié las Historia Clinica de los pacientes cumpliendo con los parametros establecidos en la Resolucion
8	Cumplí con el monitoreo a los pacientes internados.
9	Evalué los pacientes hospitalizados en el servicio para definir acciones y optizar el manejo.
10	Elaboré el registro de las actividades en la historia clínica del paciente de las actividades diarias que se realizan.
11	Diligencié fichas de notificación de eventos de interés en salud pública.
12	Cumplí rigurosamente con el horario emitido por la coordinación de hospitalización y cuidado critico mes a mes.
13	Se realizó diariamente la evolución de los paciente para su reporte a las diferentes Eps

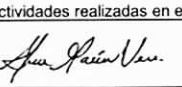
III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	**6000048178**	**OPERADOR:**	**SOI**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**FAMISANAR**	**2/01/2026**	**$ 260.000**
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**	**2/01/2026**	**$ 332.800**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**2/01/2026**	**$ 50.700**

IV.DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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:	
N°. IDENTIFICACIÓN:	CC .1140902798

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

O IDENTIFICACIÓN	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1140902798
MBRE Ó RAZÓN SOCIAL			ANA MARIA VIVES GARCIA
DAD/MUNICIPIO	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO	MAGDALENA
LECCIÓN	SANTA MARTA	TELÉFONO	9999999
O APORTANTE	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	I-INDEPENDIENTE
O EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
RMA DE PRESENTACIÓN	ÚNICO		
ORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA			6000048178	TIPO DE PLANILLA			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	diciembre	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES	diciembre	AÑO 202
DÍAS DE MORA			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)			2026/01/02	NÚMERO AUTORIZACIÓN			205224407

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 358.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 358.400	$ 0	$ 358
TOTALES:										$ 358.400	$ 0	$ 358

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
S017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 280.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.000	$ 0	$ 0	$ 280
TOTALES:													$ 280.000	$ 0	$ 0	$ 280

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN			TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 54.600	$ 54.600	$ 0	$ 0	$ 54
TOTALES:									$ 54.600	$ 0	$ 0	$ 54

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE								NOVEDADES														SEGURIDAD SOCIAL																										PARAFISCALES					
																						PENSIÓN								SALUD						ARP								CCF		SENA		ICBF		ESAP	
IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT.	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TO
CC 1140902798	VIVES GARCIA ANA MARIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.400.000				NO								01-30									25-14 COLPENSIONES	30	$ 2.240.000	$ 358.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 358.400	EPS017-FAMISANAR	30	$ 2.240.000	$ 280.000	$ 0	$ 280.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.240.000	3869101	$ 54.600		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	

TOTAL PAGADO: $ 693.0

Planilla Pagada
SOI
Planilla Pagada

DATOS DE ENVÍO
NOMBRE: ANA MARÍA VIVES GARCIA
DIRECCIÓN:
CIUDAD: SANTA MARTA-MAGDALENA

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: ANA MARÍA VIVES GARCIA
IDENTIFICACIÓN: CC 1140902798
DIRECCIÓN:
CIUDAD: SANTA MARTA

OBSERVACIONES: Aumento Valor Asegurado Consec 2610585.CERTIFICADO DE MODIFICACION

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL
CERTIFICADO DE MODIFICACION

Póliza N°: 1512129435903
Certificado: 1 **N°** 002
Fecha de Expedición: 08/01/2026

	DESDE	HASTA
VIGENCIA DEL SEGURO	01/08/2025 Dia Mes Año, A las 00 Horas	01/08/2026 Dia Mes Año, A las 24 Horas
VIGENCIA DEL CERTIFICADO	07/01/2026 Día Mes Año, A las 00 Horas	01/08/2026 Día Mes Año, A las 24 Horas

ASEGURADOS

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	TIPO	TIPO ASEGURADO
ANA MARÍA VIVES GARCIA	1140902798	CC	ASEGURADO PRINCIPAL

BENEFICIARIOS

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	TIPO	TIPO BENEFICIARIO
TERCEROS AFECTADOS			

DATOS DEL ASESOR

NOMBRE	TELÉFONO	% DE PART
BEATRIZ MARTHA ROJAS DE ANDREIS	4214081	100%

DATOS DE LA PÓLIZA

RC MEDICOS / ODONTOLOGOS	
Ciudad de Expedición	SANTA MARTA
Localidad de Radicación	SANTA MARTA
Dirección de predio asegurado	CALLE 20 #1-51 CONJUNTO VILLA DONA RODADERO

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

ACTIVIDAD ECONÓMICA ASEGURADA

MEDICO GENERAL

CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA

Identificación:

****

SE EFECTUA AUMENTO VALOR ASEGURADO A PARTIR DE ENERO 07/2026 Y SOLO OPERA PARA EVENTOS ACAECIDOS CON POSTERIORIDAD A ESTA FECHA.

****

PRIMA PARA LA SIGUIENTE RENOVACION: $ 594.088 + IVA

OBJETO

INDEMNIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES (DANO EMERGENTE) DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA EN QUE PUDIERE INCURRIR EL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE NEGLIGENCIA IMPRUDENCIA O IMPERICIA EN EL EJERCICIO DE SU PROFESION MEDICA, SI EL SINIESTRO REFERENTE INCURRIESE DENTRO DEL PERIODO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO.

PROFESION :
MEDICO GENERAL

MODALIDAD DE COBERTURA:

ESTA POLIZA OPERARÁ SEGÚN EL SISTEMA GENERAL DE OCURRENCIA PREVISTO EN EL ARTICULO 1131 DEL CODIGO DE COMERCI

AMPAROS ADICIONALES: PORCENTAJE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

RECIBO DE PAGO DE SU SEGURO

Póliza N°: 1512129435903
Certificado: 1 **N°:** 002
Fecha de Expedición: 15/07/2025

SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: ANA MARÍA VIVES GARCIA

$ VALORES A PAGAR

VALOR DE LA PRIMA:	$61,485
IVA PRIMA:	$11,682
TOTAL A PAGAR	**$73,167**

MEDIOS DE PAGO

Podrá realizar su pago por medio de:

- Página Web de Davivienda: Seleccionar la opción "Pago de otros servicios", escoja la compañía Seguros Comerciales Bolivar S.A. e ingrese la referencia 0629829227419002.
- En las oficinas del Banco Davivienda, Bancolombia y Banco de Occidente a nivel nacional.
- En los puntos de pago de almacenes Éxito, Carulla, Pomona y Surtimax a nivel nacional.
- Desde su celular marcando el #322 opción 1-5, para Bogotá 3122122 y para fuera de Bogotá 018000 123 322.
- Consulte los medios de pago y condiciones en www.segurosbolivar.com opción "Pago en Línea", sección "otros medios de pago".

Seguros Comerciales Bolivar S.A.

Copia CLIENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

NOTA: COMPROBANTE VÁLIDO CON SELLO DEL CAJERO

Firma Representante Legal

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

TOTAL A PAGAR **$73,167**

PARA PAGO EN BANCOS

REFERENCIA 0629829227419002

Póliza N°: 1512129435903

Valor efectivo:

Banco:

Cheque N°:

Valor cheque:

Copia BANCO

(415)7709998010260(8020)0629829227419002(3900)000000073167(96)20260222

NOTA: COMPROBANTE VÁLIDO CON SELLO DEL CAJERO

Realice el pago en bancos a través de los convenios:

Davivienda:1044189 **Bancolombia:64912** **Banco de Occidente:18659** **Grupo Éxito:4382**