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 ALAN JOSE PERTUZ SERRANO identificado con C.C. 1082963089

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:	CD20260364	RP:	561	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

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

ALAN JOSE PERTUZ SERRANO
1082963089
MANZANA D CASA 7
0
AJPERTUZ31@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2026-01-29**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	ALAN JOSE PERTUZ SERRANO		
DOCUMENTO:	1082963089		
DIRECCIÓN:	MANZANA D CASA 7	TELÉFONO:	0
CORREO ELECTRONICO:	AJPERTUZ31@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:	CD20260364						
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.						
RP:	561	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:	BANCOLOMBIA			TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	78100002662
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Enero**						

FIRMA

ALAN JOSE PERTUZ SERRANO
C.C. 1082963089 expedida en SANTA MARTA

HUJMB E.S.E. 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. CD20260364 DEL 2026

NO. DEL CONTRATO	CD20260364
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**PERTUZ SERRANO ALAN JOSE**
NO. DE IDENTIDAD	1082963089
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	**561**
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 CD20260364 por otra parte PERTUZ SERRANO ALAN JOSE, 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,

PERTUZ SERRANO ALAN JOSE
1082963089

COPIA CONTROLADA

Scanned with CamScanner

HUJMB E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ 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

ALAN JOSE PERTUZ SERRANO

CON C.C Nº 1082963089

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.	**CD20260364**	**DE FECHA INICIO**	**15/1/2026**

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	Obré con diligencia y cuidado necesario en los asuntos que me asigno el supervisor.
2	Realice seguimiento a las actividades asistenciales y administrativas de los pacientes del servicio de medicina interna, con el fin de agilizar y optimizar los procesos.
3	Realice revisiones médicas de los pacientes.
4	Apoyo en los procedimientos realizados a pacientes.
5	Realice diariamente la evolución de los pacientes.
6	Realización de solicitud de exámenes diagnósticos, citas de control y ordenes de patologías con firma y sello según indicaciones de los especialistas tratantes.
7	Verificación de existencia de los soportes clínicos y administrativos de las Historias Clínicas.
8	Cumplí rigurosamente con el cuadro de turnos emitido por la Coordinación de la subgerencia científica, Hospitalización y Cuidado Crítico.
9	Las demás actividades dispuestas por el supervisor referente a las necesidades de la E.S.E HUJMB.

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**9497455028**	**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**CAJACOPI**	**22/1/2026**	**$280,000**
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**	**22/1/2026**	**$358.400**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**22/1/2026**	**$54,600**

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:	
Nº. IDENTIFICACIÓN:	**1082963089**

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
SANTA MARTA	AGENCIA SANTA MARTA	ANEXO CAUSA PRIMA	46-03-101002733	1

TOMADOR	ALAN JOSE PERTUZ SERRANO			CC	1.082.963.089
DIRECCION	MZA D CASA 7 ALTOS DE SANTA CRUZ	CIUDAD	SANTA MARTA, MAGDALENA	TELEFONO	3014376437
ASEGURADO	ALAN JOSE PERTUZ SERRANO			CC	1.082.963.089
DIRECCION	MZA D CASA 7 ALTOS DE SANTA CRUZ	CIUDAD	SANTA MARTA, MAGDALENA	TELEFONO	3014376437
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)
09 / 01 / 2026	20 / 10 / 2025	20 / 10 / 2026	08 / 01 / 2026	20 / 10 / 2026

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION	COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA	% PARTICIPACION
ZUDISA CORREDORES DESEGUROS LTDA	225475	100.00		

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: MEDICINA GENERAL

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	$ 550,000,000.00		
	GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD	$ 550,000,000.00		$ 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:	$ *******120,000,000.00	PRIMA:	$ ***********70,000.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ ***********13,300.00
		TOTAL A PAGAR:	$ ***********83,300.00

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.

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

(415)7709998021167(8020)11015101035558(3900)000000083300(96)20260222

REFERENCIA PAGO:

1101510103555-8

46-03-101002733

CARLOSLOPEZ

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TOMADOR

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
AGENCIA SANTA MARTA	ANEXO CAUSA PRIMA	46-03-101002733	1

TOMADOR	ALAN JOSE PERTUZ SERRANO			CC	1.082.963.089
DIRECCION	MZA D CASA 7 ALTOS DE SANTA CRUZ	CIUDAD	SANTA MARTA, MAGDALENA	TELEFONO	3014376437
ASEGURADO	ALAN JOSE PERTUZ SERRANO			CC	1.082.963.089
DIRECCION	MZA D CASA 7 ALTOS DE SANTA CRUZ	CIUDAD	SANTA MARTA, MAGDALENA	TELEFONO	3014376437
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO SE AUMENTA EL VALOR ASEGURADO HASTA $550.000.000 POR SOLICITUD DEL CLIENTE

GASTOS DE DEFENSA LIMITE POR:
EVENTO $15.000.000
VIGENCIA $100.000.000

//
DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES CONTINUAN SIN MODIFICAR

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1082963089		PERTUZ SERRANO ALAN JOSE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MZ D CA 7 ALTOS DE SANTA CRUZ	SANTA MARTA-MAGDALENA	4362873	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-12	2025-12	382843	9497455028	I	2026/01/23	2026/01/22	BANCOLOMBIA	0	$693,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	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	1082963089	PERTUZ ALAN	25-14	30	$2,240,000	$358,400	CCFC55	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**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1082963089		PERTUZ SERRANO ALAN JOSE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MZ D CA 7 ALTOS DE SANTA CRUZ	SANTA MARTA-MAGDALENA	4362873	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	382843	9497455028	I	2026/01/23	2026/01/22	BANCOLOMBIA	0	$693,000

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
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	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
CAJACOPI	CCFC55	901,543,211	6	1	$280,000	$0	$0	$280,000
TOTAL				1	$693,000	$0	$0	$693,000

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA