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:	2026-02-26

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 Febrero

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

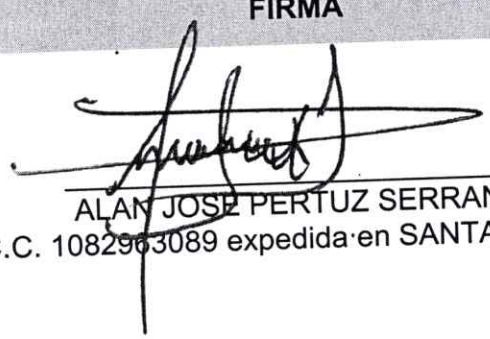
Fecha de Diligenciamiento:	**2026-02-26**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	ALAN JOSE PERTUZ SERRANO		
DOCUMENTO:	1082963089		
DIRECCIÓN:	MANZANA D CASA 7	TELÉFONO:	0
CORREO ELECTRONICO:	AJPERTUZ31@GMAIL.COM		

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:	**Febrero**						

FIRMA



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

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA	**ACTA FINAL**	CODIGO: GJC26F VERSION: 002 FECHA ULTIMA DE REVISION: 12/12/2024 PAGINA 1 de 1

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20260364 DEL 2026

NO. DEL CONTRATO	**CD20260364**
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**ALAN JOSE PERTUZ SERRANO**
NO. DE IDENTIDAD	1082963089
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 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**
FECHA DE ACTA DE INICIO	15/01/26
FECHA DE TERMINACION CONTRATO	28/02/26
ADICION	
CDP DE LA ADICION	N/A
REGISTRO PRESUPUESTAL DE LA ADICION	**N/A**
PLAZO ADICION	N/A
FORMA DE PAGO ADICION	N/A
FECHA DE TERMINACION DE CONTRATO CON ADICION.	N/A
VALOR ADICION	N/A
VALOR FINAL DEL CONTRATO	N/A
SUPERVISOR DEL CONTRATO	**PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADO CRÍTICO**

Entre los suscritos, **MILCIADES OSORIO SANCHEZ**, mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **8.742.789** expedida en Santa Marta, obrando en calidad de **PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADO CRÍTICO** quien actúa como supervisor del contrato **CD20260364**por otra parte ALAN JOSE PERTUZ SERRANO, identificado con la cedula de ciudadanía No. 1082963089 en su condición de contratista se reunieron para firmar acta de finalización de contrato.

Por último, el hospital se declara que no existe emolumento alguno entre las partes y con todo concepto respecto de las obligaciones mutuas pactadas en el contrato prestación de servicios en referencia.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta, FEBRERO del año 2026.

SUPERVISOR,

MILCIADES OSORIO SANCHEZ
8.742.789

CONTRATISTA

ALAN JOSE PERTUZ SERRANO
1082963089

COPIA

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

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 especificas 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:	**9500054533**	**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**CAJACOPI**	**23/2/2026**	**$300,000**
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**	**23/2/2026**	**$384.000**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**23/2/2026**	**$58,500**

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**

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 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
2026-01	2026-01	79712448	9500054533	I	2026/02/20	2026/02/23	BANCOLOMBIA	3	$744,100

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	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,400,000	$384,000			$2,400,000	$300,000			$0	$0			$2,400,000	$58,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$2,400,000**	**$384,000**			**$2,400,000**	**$300,000**			**$0**	**$0**			**$2,400,000**	**$58,500**		**$0**	**$0**
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)					**$2,400,000**	**$384,000**			**$2,400,000**	**$300,000**			**$0**	**$0**			**$2,400,000**	**$58,500**		**$0**	**$0**
1	CC	1082963089	PERTUZ ALAN	25-14	30	$2,400,000	$384,000	CCFC55	30	$2,400,000	$300,000		0	$0	$0	14-23	30	$2,400,000	$58,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				**$2,400,000**	**$384,000**			**$2,400,000**	**$300,000**			**$0**	**$0**			**$2,400,000**	**$58,500**		**$0**	**$0**

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 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	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-01	79712448	9500054533	I	2026/02/20	2026/02/23	BANCOLOMBIA	3	$744,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$384,000	$800	$0	$384,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$384,000	$800	$0	$384,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$58,500	$200	$0	$58,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$58,500	$200	$0	$58,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$300,000	$600	$0	$300,600
CAJACOPI	CCFC55	901,543,211	6	1	$300,000	$600	$0	$300,600
TOTAL				1	$742,500	$1,600	$0	$744,100