| | | | |
|---|---|---|---|
| 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 JESUS ANTONIO CAMACHO JIMENEZ identificado con C.C. 73145144**

| | |
|---|---|
| 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: | CD20260404 | RP: | 327 | 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 Febrero

## V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

MILCIADES OSORIO SANCHEZ
8742789
UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADO CRÍTICO

**JESUS ANTONIO CAMACHO JIMENEZ**
**73145144**
**CARRERA 7B 29 47 CRA 7B #29-47 TAMINACA**
**3242134326**
**JESUS_CAMACHO2607@HOTMAIL.COM**

# CUENTA DE COBRO

## DATOS PERSONALES

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Diligenciamiento:** | **2026-02-26** | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS: | JESUS ANTONIO CAMACHO JIMENEZ | | |
| DOCUMENTO: | 73145144 | | |
| DIRECCIÓN: | CARRERA 7B 29 47 CRA 7B #29-47 TAM | TELÉFONO: | 3242134326 |
| CORREO ELECTRONICO: | JESUS_CAMACHO2607@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: | CD20260404 | | | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE. | | | | | | |
| RP: | 327 | 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: | bogota | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | No. CUENTA: | 235301421 |
| CDP - ADICION: | N/A | RP - ADICION: | N/A | VALOR ADICION: | 0,00 | | |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **Febrero** | | | | | | |

**FIRMA**

JESUS ANTONIO CAMACHO JIMENEZ
C.C. 73145144 expedida en CARTAGENA

| | | |
|---|---|---|
| HJMB JULIO MENDEZ BARRENECHE | **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO** | CODIGO: GJC23F<br>VERSION: 003<br>FECHA DE ULTIMA REVISION: 22/08/2024<br>PAGINA 1 de 1 |

**CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y**

**JESUS ANTONIO CAMACHO JIMENEZ**

**CON C.C N° 73145144**

**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.** | **CD20260404** | **DE FECHA INICIO** | 13/1/2026 |

| 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 | Deje registro en la historia clinica los pacientes todas las acciones necesarias para el cuidado de los pacientes, en aras de dejar constancia legal y Científica. |
| 2 | Realice actividades donde se involucraron a los estudiantes y personal del servicio para el desarrollo formativo de los implicados. |
| 3 | Realice todas las acciones médicas pertinentes para el mejoramiento de los pacientes. |
| 4 | Realice ronda técnico- científica y técnico - administrativa en los servicio el día y la hora estipulada por la Subgerencia Científica |
| 5 | Realizo ronda médica diaria la cual consiste en valoración, seguimiento, evolución ordenes médicas y ayudas diagnósticas, RIPS y epicrisis de los pacientes hospitalizados. |
| 6 | 9.Realice el diligenciamiento de Rips, formatos y demás instrumentos de control de seguimiento suministrados son por intermedio del sistema de esta E.S.E. |

**III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | **4644306301** | **OPERADOR:** | **SOI** |
| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
| **SALUD:** | SANITAS | **25/2/2025** | $ 282.500 |
| **PENSIÓN:** | COLPENSIONES | **25/2/2025** | $ 361.600 |
| **RIESGOS LABORALES:** | POSITIVA | **25/2/2025** | $ 55.100 |

**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:** | **73145144** |

SOI

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | 73145144 |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL | | | JESUS ANTONIO CAMACHO JIMENEZ |
| SUCURSAL PRINCIPAL | SANTA MARTA | DEPARTAMENTO | MAGDALENA |
| CÓDIGO CIIU | CRATO (SHUTTLE MARKET) | TELÉFONO | 4375687 |
| TIPO APORTANTE | 12 INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE | INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONÓMICA | Actividades reguladoras y fiscalizadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN | UNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NUMERO PLANILLA | | | 4644306301 | TIPO DE PLANILLA | | | INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACION OTROS | MES | enero | AÑO 2026 | PERIODO COTIZACION SALUD | MES | enero | AÑO 2026 |
| DIAS DE MORA | | | 16 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa-mm-dd) | | | 2026-02-25 | NUMERO AUTORIZACIÓN | | | 899982557? |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACION | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CODIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACION | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 358.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 3.200 | $ 0 | $ 358.400 | $ 3.200 | $ 361.600 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 358.400** | **$ 3.200** | **$ 361.600** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERVEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACION | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CODIGO | NOMBRE | | NUMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NUMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS005 | EPS005 SANITAS S.A | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 280.000 | $ 0 | $ 2.500 | $ 0 | $ 280.000 | $ 2.500 | $ 0 | $ 282.500 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 280.000** | **$ 2.500** | **$ 0** | **$ 282.500** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CODIGO | NOMBRE | | NUMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-4 | 14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 54.600 | $ 54.600 | $ 500 | $ 0 | $ 55.100 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 54.600** | **$ 500** | **$ 0** | **$ 55.100** |

**LIQUIDACION DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BASICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | SUS | INCAPACIDAD | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | | ARP | | | | | | | | | CCF | | SENA | | ICBF | | ESAP | | MINEDU | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 73145144 | CAMACHO JIMENEZ JESUS ANTONIO | INDEPENDIENTE CON CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS | | $ 2.240.000 | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 2.240.000 | $ 358.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 358.400 | EPS005-SANITAS S A | 30 | $ 2.240.000 | $ 280.000 | $ 0 | $ 280.000 | 14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A | 30 | $ 2.240.000 | 73145144 | $ 54.600 | 30 | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 699.200**



Powered by CamScanner

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 73145144

soi | Bancoomeva

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | |
|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANIA |
| NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 73145144 |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | JESUS ANTONIO CAMACHO JIMENEZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | SANTA MARTA |
| DEPARTAMENTO: | MAGDALENA |
| DIRECCIÓN: | CRA 7B 29-47 TAMINAKA 2 |
| TELÉFONO: | 4376887 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE |
| CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA |
| ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | |
|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | 4644367203 |
| TIPO DE PLANILLA: | N-CORRECCIONES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS: | MES: enero AÑO: 2026 |
| PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES: enero AÑO: 2026 |
| DÍAS DE MORA: | 14 |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2026/02/25 |
| NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 9995828329 |
| NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA: | 4644306301 |
| FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA: | 2026/02/25 |

## LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

### DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CC 73145144 | CAMACHO JIMENEZ JESUS ANTONIO | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 2.240.000 | | | | | | | | | | A | | | | | | | | | | |
| 2 | CC 73145144 | CAMACHO JIMENEZ JESUS ANTONIO | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 2.240.000 | | | | | | | | | | C | 01-30 | | | | | | | | | |
| 3 | CC 73145144 | CAMACHO JIMENEZ JESUS ANTONIO | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 2.240.000 | | | | | | | | | | R | 01-30 | | | | | | | | | |

### SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

| Nº | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 2.240.000 | $ 358.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 358.400 |
| 2 | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 2.400.000 | $ 384.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 384.000 |
| 3 | 25-14 COLPENSIONES | 0 | $ 160.000 | $ 25.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 25.600 |

### SEGURIDAD SOCIAL — SALUD / ARP

| Nº | SALUD ADMIN | SALUD DÍAS COT | SALUD IBC | SALUD COTIZACIÓN | SALUD VALOR ADRES | SALUD TOTAL APORTE | ARP ADMIN | ARP DÍAS COT | ARP IBC | ARP CENTRO DE TRABAJO | ARP TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | EPS005-SANITAS S.A | 30 | $ 2.240.000 | $ 280.000 | $ 0 | $ 280.000 | 14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A | 30 | $ 2.240.000 | 73145144 | $ 54.600 |
| 2 | EPS005-SANITAS S.A | 30 | $ 2.400.000 | $ 300.000 | $ 0 | $ 300.000 | 14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A | 30 | $ 2.400.000 | 73145144 | $ 58.500 |
| 3 | EPS005-SANITAS S.A | 0 | $ 160.000 | $ 20.000 | $ 0 | $ 20.000 | 14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A | 0 | $ 160.000 | 73145144 | $ 3.900 |

### PARAFISCALES

| Nº | DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 2 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 3 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 49.500**

| | | |
|---|---|---|
| HUJMB ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | **ACTA FINAL** | CODIGO: GJC26F<br>VERSION: 002<br>FECHA ULTIMA DE REVISION: 12/12/2025<br>PAGINA 1 de 1 |

**ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20260404 DEL 2026**

| | |
|---|---|
| **NO. DEL CONTRATO** | CD20260404 DEL 2026 |
| **NOMBRE DEL CONTRATANTE** | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | JESUS ANTONIO CAMACHO JIMENEZ |
| **NO. DE IDENTIDAD** | 73145144 |
| **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 |
| **FORMA DE PAGO** | El HUJMB CANCELARÁ AL CONTRATISTA 2 CUOTA(S), POR VALOR DE SEISMILLONES 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 DEL 2026 |
| **CDP** | (No. **2**) |
| **REGISTRO PRESUPUESTAL** | (No. **327**) |
| **FECHA DE ACTA DE INICIO** | 2026-01-13 |
| **FECHA DE TERMINACION CONTRATO** | 2026-02-28 |
| **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** | **HOSPITALIZACION Y CUIDADO CRITICO** |

Entre los suscritos, **MILCIADES OSORIO SANCHEZ** mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **8742789** expedida en Santa Marta, obrando en calidad de **HOSPITALIZACION Y CUIDADO CRITICO** quien actúa como supervisor del contrato CD20260404 por otra parte **JESUS ANTONIO CAMACHO JIMENEZ**, identificado con la cedula de ciudadanía No. 73145144 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 en el mes de **febrero** del año **2026**.

SUPERVISOR,

MILCIADES OSORIO SANCHEZ
8742789

CONTRATISTA,

**JESUS ANTONIO CAMACHO JIMENEZ**
**1082960877**