E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ 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. CD20262246 DEL 2026

NO. DEL CONTRATO	**CD20262246**
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**RAUL AVENDAÑO CASTRO**
NO. DE IDENTIDAD	CC 12552536
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**SIETE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/L. ($7,800,000)**
FORMA DE PAGO	El HUJMB cancelará al CONTRATISTA en TRES (3) pago equivalente a DOS MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M/L ($2,600,000), 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 31 DE AGOSTO DEL 2026.
CDP	No. 954
REGISTRO PRESUPUESTAL	No. 3035
FECHA DE ACTA DE INICIO	16/ JUNIO /2026
FECHA DE TERMINACION CONTRATO	31/AGOSTO /2026
ADICION	
CDP DE LA ADICION	No. 1504
REGISTRO PRESUPUESTAL DE LA ADICION	No. 4419
PLAZO ADICION	PREVIA LEGALIZACIÓN DEL CONTRATO SIN EXCEDER EL 31 DE SEPTIEMBRE DEL 2026
FORMA DE PAGO ADICION	EL HUJMB cancelará al CONTRATISTA en UNO (1) PAGO EQUIVALENTES A DOS MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M/L (2,600,000) de conformidad con el informe de la ejecución de las actividades contractuales realizadas, previa certificación de cumplimiento expedida por parte del supervisor del contrato
FECHA DE TERMINACION DE CONTRATO CON ADICION.	PREVIA LEGALIZACIÓN DEL CONTRATO SIN EXCEDER EL 31 DE SEPTIEMBRE DEL 2026
VALOR ADICION	DOS MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M/L (2,600,000)
VALOR FINAL DEL CONTRATO	DIEZ MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/L (10,400,000)
SUPERVISOR DEL CONTRATO	PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE CONSULTA EXTERNA, APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

Entre los suscritos, **EVELYN ROSA GONZÁLEZ ORTEGA,** mayor de edad, identificado (a) con la cédula de ciudadanía número **36722648** expedida en el **Santa Marta (MAGDALENA)**, obrando en calidad de PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE CONSULTA EXTERNA, APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO quien actúa como supervisor del contrato **CD20262246** por otra parte, **RAUL ANTONIO AVENDAÑO CASTRO** identificado con la cedula de ciudadanía No. **12552536** 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 SEPTIEMBRE DEL 2026.

SUPERVISOR,

EVELYN ROSA GONZÁLEZ ORTEGA

CC 36722648

CONTRATISTA,

RAUL ANTONIO AVENDAÑO CASTRO

CC 12552536

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ 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

RAUL ANTONIO AVENDAÑO CASTRO

CON C.C Nº 12.552.536

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20262246**	**DE FECHA INICIO**	**16/6/2026**

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	**se realizarón Recibo y entregar turno de manera puntual, siguiendo el protocolo establecido, toma de signos vitales a todos los usuarios ,traslado del paciente.**
2	**Se apoyó notificar inmediatamente a la Jefe de Enfermería sobre eventos adversos o incidentes en la atención y en la asepsia de consultorios y áreas de trabajo según protocolo institucional**
3	**Se realzó uso racional de insumos, equipos y medios institucionales asignados.**
4	**Se mantuvo presentación personal idónea, respetando normas de bioseguridad y atención humanizada.**
5	**Se recibio la agenda diaria, verificar asistencia de los usuarios y garantizar su atención por parte del médico tratante**
6	**Se realizó manejo adecuado de elementos de protección personal (EPP) y segregación de residuos hospitalarios conforme al PGIRHS.**
7	**Se realizó todas y cada una de las actividades que asigno el supervisor del contrato**

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**9509965640**	**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SANITAS**	**15/9/2026**	**218.900**
PENSIÓN:	**PORVENIR**	**15/9/2026**	**0**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**15/9/2026**	**42.700**

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:	Raúl Antonio Avendaño Castro
N°. IDENTIFICACIÓN:	**12.552.536**

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 12552536		AVENDAÑO CASTRO RAUL ANTONIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	mz 7 cs 6 urb alto de villa concha	SANTA MARTA-MAGDALENA	5555555	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	93001394	9509965640	I	2026/09/09	2026/09/15	BANCO DE OCCIDENTE	6	$262,800

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	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$0	$0			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$0	$0			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)					$0	$0			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
1	CC	12552536 AVENDAÑO RAUL		0	$0	$0	EPS005	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,750,905	$42,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$0	$0			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0

aportes 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 12552536		AVENDAÑO CASTRO RAUL ANTONIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	mz 7 cs 6 urb alto de villa concha	SANTA MARTA-MAGDALENA	5555555	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	93001394	9509965640	I	2026/09/09	2026/09/15	BANCO DE OCCIDENTE	6	$262,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VAL
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$200					$0	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$42,700	$200	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$1,000					$0	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$218,900	$1,000	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$261,600	$1,200	$0	$0	$0	$0	$0	

aportes en línea

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$42,900
$42,900
$219,900
$219,900
$262,800

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.170.043-7

CERTIFICA QUE:

RAUL ANTONIO AVENDAÑO CASTRO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **12.552.536**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR**.

La presente certificación se expide el 23 de Septiembre del 2026.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes