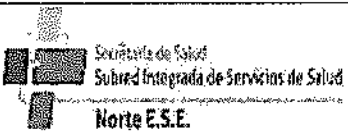


|                                                                                 |                                                                                 |  |                       |                   |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------|-------------------|
|  | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U<br>ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS |  | CÓDIGO: AP-CT-F-16-05 |                   |
|                                                                                 | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE<br>E.S.E                           |  | VERSIÓN: 5            |                   |
|                                                                                 |                                                                                 |  | PÁGINA: 1 DE 1        |                   |
|                                                                                 |                                                                                 |  |                       | FECHA: 16/02/2018 |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                        |  |                          |   |                 |   |                 |   |                 |   |                 |   |                 |   |
|----------------------------------------------------|--|--------------------------|---|-----------------|---|-----------------|---|-----------------|---|-----------------|---|-----------------|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: CEPEDA ZAMORA LINA MARCELA |  |                          |   |                 |   |                 |   |                 |   |                 |   | 194550          |   |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                 |  | Cedula                   |   | No.             |   | 1032456644      |   |                 |   |                 |   |                 |   |
| CORREO                                             |  | linacepeda2993@gmail.com |   | CELULAR         |   | 3208795044      |   |                 |   |                 |   |                 |   |
| PROCESO:                                           |  | Hospitalización          |   |                 |   |                 |   |                 |   |                 |   |                 |   |
| SERVICIO:                                          |  | Hospitalización          |   | UNIDAD:         |   | Simon Bolivar   |   |                 |   |                 |   |                 |   |
| CENTRO DE COSTOS                                   |  | Centro de costo          | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
|                                                    |  | A00                      |   |                 |   |                 |   |                 |   |                 |   |                 |   |
| BANCO                                              |  | 7                        |   | TIPO CUENTA     |   | AHORROS         |   |                 |   |                 |   |                 |   |
| NUMERO CUENTA BANCARIA                             |  | 0142605609               |   |                 |   |                 |   |                 |   |                 |   |                 |   |

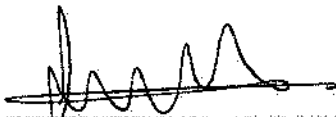
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS |  |     |  |       |  |                          |  |                  |  |       |  |       |  |            |  |
|------------------------------------------------------------------|--|-----|--|-------|--|--------------------------|--|------------------|--|-------|--|-------|--|------------|--|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 3259-2022                         |  |     |  |       |  | N° DE PAGOS DEL CONTRATO |  |                  |  |       |  |       |  |            |  |
| NÚMERO DE CDP: 1                                                 |  | 169 |  | FECHA |  | 20/01/2022               |  | NÚMERO DE CRP: 1 |  | 12761 |  | FECHA |  | 01/02/2022 |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                              |  |             |  |                     |     |     |      |       |     |     |      |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------|--|---------------------|-----|-----|------|-------|-----|-----|------|--|
| OBJETO: ENFERMERO (A)                                                                                                                                                                                                                                        |  |             |  |                     |     |     |      |       |     |     |      |  |
| PERIODO CERTIFICADO                                                                                                                                                                                                                                          |  |             |  | DESDE               | DIA | MES | AÑO  | HASTA | DIA | MES | AÑO  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |  |             |  |                     | 01  | 04  | 2022 |       | 30  | 04  | 2022 |  |
| TIPO SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                               |  | Asistencial |  | RESERVA DE GLOSA 2% |     | 0   |      |       |     |     |      |  |
| VALOR MES                                                                                                                                                                                                                                                    |  | 3,297,036   |  | VALOR LETRAS        |     |     |      |       |     |     |      |  |
| OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes. |  |             |  |                     |     |     |      |       |     |     |      |  |

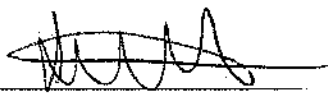
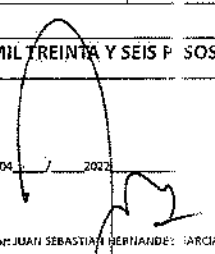
| CONTROL DE EJECUCION DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                            |           |           |      |           |            |                |  |           |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|------|-----------|------------|----------------|--|-----------|--|--|--|--|
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                     |           |           |      |           |            |                |  | VALORES   |  |  |  |  |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                      |           |           |      |           |            |                |  | 9,891,108 |  |  |  |  |
| VALOR EJECUTADO:                                                                                                                                                                                                                             |           |           |      |           |            |                |  | 9,891,108 |  |  |  |  |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                |           |           |      |           |            |                |  | 3,297,036 |  |  |  |  |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS:                                                                                                                                                                                                                     |           |           |      |           |            |                |  | 186       |  |  |  |  |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:                                                                                                                                                                                                          |           |           |      |           |            |                |  | 186       |  |  |  |  |
| VALOR A LIBERAR:                                                                                                                                                                                                                             |           |           |      |           |            |                |  | 0         |  |  |  |  |
| SALDO POR EJECUTAR:                                                                                                                                                                                                                          |           |           |      |           |            |                |  | 0         |  |  |  |  |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:                                                                                                                                                                                                                     |           |           |      |           |            |                |  | 100.00 %  |  |  |  |  |
| El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:                                                                                                                                                                                      |           |           |      |           |            |                |  |           |  |  |  |  |
| Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud / pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente. |           |           |      |           |            |                |  |           |  |  |  |  |
| PLANILLA                                                                                                                                                                                                                                     | VALOR EPS | VALOR AFP | RIES | VALOR ARL | VALOR CAJA | TOTAL PLANILLA |  |           |  |  |  |  |
| 9432808875                                                                                                                                                                                                                                   | 164,900   | 211,100   | 3    | 32,200    | 0          | 408,200        |  |           |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                              | 0         | 0         |      | 0         | 0          |                |  |           |  |  |  |  |
| UMHES SIMON BOLIVAR                                                                                                                                                                                                                          |           |           |      |           |            |                |  |           |  |  |  |  |
| El supervisor del contrato hace constar que los datos e informe de actividades registrados en esta certificación se revisaron y son veraces.                                                                                                 |           |           |      |           |            |                |  |           |  |  |  |  |

Dado en Bogotá, Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Firmado según planilla CERTIFICADO DE PAGO DE ORDENES DE  
PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD del período Abril 2022  
HERNANDEZ GARCIA JUAN SEBASTIAN  
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

  
CEPEDA ZAMORA LINA MARCELA  
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Nota: En el evento de ausencia del supervisor principal, se adjunta documento mediante el cual se avala que esta certificación sea firmada por supervisor encargado.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                          |      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | CÓDIGO: AP-CT-50-02                                                                                                                                                                                      |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE CONTRATACIÓN |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | VERSIÓN: 2<br>PÁGINA: 1 DE 1<br>FECHA: 30/10/2022                                                                                                                                                        |      |
| ÁREA Y/O SERVICIO: HOSPITALIZACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | UNIDAD: UMHES SIMÓN BOLÍVAR                                                                                                                                                                              |      |
| No. DE CONTRATO: 3259-2022                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Período certificado                                                            | Día                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Mes                                                                                                                                                                                                      | Año  |
| DOCUMENTO: 1032456644                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                | 01                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 04                                                                                                                                                                                                       | 2022 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: CEPEDA ZAMORA LINA MARCELA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                          |      |
| OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como ENFERMERO (A) dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E de acuerdo a las necesidades de la institución.                                                                                                                                             |                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                          |      |
| El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> Servicios: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                              |                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                          |      |
| ACTIVIDADES CONTRATADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | % EJECUTADO                                                                    | ACTIVIDADES REALIZADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | PRODUCTOS ENTREGADOS                                                                                                                                                                                     |      |
| 1) Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema Único de Habilitación, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.                                              | 100%                                                                           | 1) Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema Único de Habilitación, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.                                              | Reforzar adherencia a los procesos, procedimientos, instructivos, guías y políticas institucionales de la Subred Norte ESE                                                                               |      |
| 2) Desarrollar las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas. | 100%                                                                           | 2) Desarrollar las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas. | Participó en el desarrollo de las estrategias para SUH, SUA.                                                                                                                                             |      |
| 3. Recibo y entrega de turno diligenciando los formatos respectivos institucionales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 100%                                                                           | Se realizan en el mes de recibos y entrega de turno de enfermería en el servicio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Diligenció libros de recibo y entrega de turno completamente diligenciado. Con fechas nombres y apellidos de quien entrega y recibo                                                                      |      |
| 4. Distribución del personal en el servicio y asignación de actividades                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 100%                                                                           | Se realizó el Formato con visto bueno de cumplimiento asignación de actividades mensual de enfermeros a los auxiliares                                                                                                                                                                                                                                                                                  | asignaciones de actividades del mes                                                                                                                                                                      |      |
| 5. Elaboración, ejecución y cumplimiento del plan de cuidado de los pacientes a cargo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 100%                                                                           | Realizar el registro clínico del plan de cuidado del 100% de los pacientes a cargo en historia clínica sistematizada                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Elaboró planes de cuidado de enfermería, durante el mes.<br>Realizó auditoría de historias clínicas de manera aleatoria, verificando el cumplimiento, por parte de la referencia y/o el área de calidad. |      |
| 6. Solicitud oportuna de las necesidades del servicio al área administrativa respectiva.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 100%                                                                           | Solicitud incidencias RUN en mesa de ayuda                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Se realizaron soportes de RUN y/o Mesa de ayuda de lo solicitado en el mes.                                                                                                                              |      |
| 7. cumplir con los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para el cumplimiento de las actividades: Revisión de carro de paro, limpieza y desinfección del servicio                                                                                                                                                                                        | 100%                                                                           | Realizar la revisión de carro de paro los primeros 5 días del mes, realizar supervisión a los procesos de limpieza y desinfección tanto rutinaria como terminal, diaria y semanalmente.                                                                                                                                                                                                                 | Presentó informes de revisión mensual de carro de paro con firma de recibido por regente de farmacia; cronogramas del mes de limpieza y desinfección completamente diligenciado y firmado.               |      |
| 8. Presentar informes, solicitudes y peticiones y demás actividades administrativas que se generen                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 100%                                                                           | Informes, solicitudes y peticiones y demás actividades administrativas que se generen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Presentó informes, solicitudes y peticiones entregados a referencia.                                                                                                                                     |      |
| 9. Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 100%                                                                           | Garantizar asistencia a reuniones y capacitaciones programadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Asistió a capacitaciones y se corrobora firma en estado de asistencia                                                                                                                                    |      |
| TOTAL DE EJECUCIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 100%                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                          |      |
| OBSERVACIONES: 186 HORAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                          |      |
| TOTAL, A PAGAR (Número y letras): M/CTE (\$3297036) TRES MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL TREINTA Y SEIS PESOS                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                          |      |
| <br>CEPEDA ZAMORA LINA MARCELA<br>CC: 1032456644                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                | Fecha: 30 / 04 / 2022<br><br>Firma de recibido supervisor: JUAN SEBASTIAN BERTIANDI: JARCIA                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                          |      |
| Nota: Este informe de actividades para su aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                          |      |

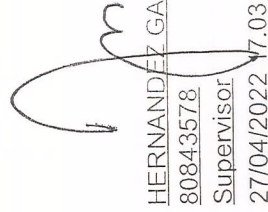
| DATOS GENERALES DEL APORTANTE     |         |                            |                 |                    |                               |                     |                        |                       |    |
|-----------------------------------|---------|----------------------------|-----------------|--------------------|-------------------------------|---------------------|------------------------|-----------------------|----|
| Identificación                    | dv      | Razon Social               | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion                     | Ciudad-Departamento | Telefono               | Exonerado SENA e ICBF | No |
| CC 102456644                      |         | CEPEDA ZAMORA LINA MARCELA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | CL 44 C 85 50 26 BQ C APT 413 | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 5555555                |                       |    |
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |                            |                 |                    |                               |                     |                        |                       |    |
| Periodo                           | Salud   | Clave                      | Tipo            | Fecha              | Pago                          | Banco               | Dias Mora              | Valor                 |    |
| 2022-03                           | 2022-03 | 9432808675                 | I               | 2022/04/12         | 2022/04/13                    | BANCO DE OCCIDENTE  | 0                      | \$408,200             |    |
| RESUMEN DE PAGO                   |         |                            |                 |                    |                               |                     |                        |                       |    |
| RIESGO                            | CODIGO  | NIT                        | DV              | AFILIADOS          | VALOR LIQUIDADO               | INTERESES MORA      | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR         |    |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1)          |         |                            |                 | 1                  | \$211,100                     | \$0                 | \$0                    | \$211,100             |    |
| COLPENSIONES                      | 25-14   | 900,336,004                | 7               | 1                  | \$211,100                     | \$0                 | \$0                    | \$211,100             |    |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1)          |         |                            |                 | 1                  | \$32,200                      | \$0                 | \$0                    | \$32,200              |    |
| SEGUROS BOLIVAR                   | 14-7    | 860,002,503                | 2               | 1                  | \$32,200                      | \$0                 | \$0                    | \$32,200              |    |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1)          |         |                            |                 | 1                  | \$164,900                     | \$0                 | \$0                    | \$164,900             |    |
| SANTAS                            | EPS005  | 800,251,440                | 6               | 1                  | \$164,900                     | \$0                 | \$0                    | \$164,900             |    |
| TOTAL                             |         |                            |                 | 1                  | \$408,200                     | \$0                 | \$0                    | \$408,200             |    |

3789  
194358

Periodo: Abril 2022

Mediante el presente documento en mi calidad de supervisor (a) certifico que los contratistas registrados en este informe cumplieron con las obligaciones pactadas en el contrato de acuerdo a lo registrado en los formatos "AP-CT-F-16-05 CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS" y "AP-CT-F-50-02 INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS", y se ha verificado el pago de los aportes al Sistema de Seguridad social en salud, pensión y riesgos laborales, motivo por el cual es procedente el pago de los honorarios durante el presente periodo, según se relaciona a continuación:

| Nro. Contrato | Tipo Documento       | Documento  | Contratista                        | Cargo         | Centro Costos | Dias | Hora1 | Hora2 | Event o1 | Event o2 | Valor Certificado | Saldo     | Factura | Orden Pago |
|---------------|----------------------|------------|------------------------------------|---------------|---------------|------|-------|-------|----------|----------|-------------------|-----------|---------|------------|
| 3252-2022     | Cedula               | 1022433926 | RODRIGUEZ GUTIERREZ MARIA FERNANDA | ENFERMERO (A) | A00           |      | 204   | 0     |          |          | 3,616,104         | 0         |         | SI         |
| 3253-2022     | Cedula               | 1140847538 | RAMOS FONTALVO LAURA MELISSA       | ENFERMERO (A) | A00           |      | 243   | 0     |          |          | 4,307,418         | 53,178    |         | SI         |
| 3254-2022     | Cedula               | 1030640583 | POVEDA MENDIETA LAURA MILENA       | ENFERMERO (A) | A00           |      | 186   | 0     |          |          | 3,297,036         | 0         |         | SI         |
| 3255-2022     | Cedula               | 1014216434 | PAEZ SANDOVAL MARIA ANGELICA       | ENFERMERO (A) | A00           |      | 264   | 0     |          |          | 4,679,664         | 0         |         | SI         |
| 3256-2022     | Cedula               | 52451330   | PINZON VILLAMIZAR SANDRA MILENA    | ENFERMERO (A) | A00           |      | 186   | 0     |          |          | 3,297,036         | 638,136   |         | SI         |
| 3257-2022     | Cedula               | 1233906158 | OSSA OCAÑO LEIDY                   | ENFERMERO (A) | A00           |      | 186   | 0     |          |          | 3,297,036         | 0         |         | SI         |
| 3258-2022     | Cedula               | 1126602861 | POVEDA PUENTES JOHAN CAMILO        | ENFERMERO (A) | A00           |      | 189   | 0     |          |          | 3,350,214         | 265,890   |         | SI         |
| 3259-2022     | Cedula               | 1032456644 | CEPEDA ZAMORA LINA MARCELA         | ENFERMERO (A) | A00           |      | 186   | 0     |          |          | 3,297,036         | 0         |         | SI         |
| 3260-2022     | Cedula               | 1076817524 | LOZANO LOZANO MANUEL ANTONIO       | ENFERMERO (A) | A00           |      | 186   | 0     |          |          | 3,297,036         | 0         |         | SI         |
| 3261-2022     | Cedula               | 1018506818 | ANDRADE RODRIGUEZ ANGIE SORANNY    | ENFERMERO (A) | A00           |      | 186   | 0     |          |          | 3,297,036         | 1,488,984 |         | SI         |
| 3262-2022     | Cedula               | 1045755684 | ROCA MARQUEZ YADELIS DEL CARMEN    | ENFERMERO (A) | A00           |      | 186   | 0     |          |          | 3,297,036         | 0         |         | SI         |
| 3263-2022     | Cedula               | 1006571194 | BERROCAL PEÑARANDA YULIMAR PAOLA   | ENFERMERO (A) | A00           |      | 186   | 0     |          |          | 3,297,036         | 0         |         | SI         |
| 3264-2022     | Cedula de Extranjeri | 354270     | MICHEL DANISE                      | ENFERMERO (A) | A00           |      | 176   | 0     |          |          | 3,119,776         | 1,666,244 |         | SI         |
| 3265-2022     | Cedula               | 1140828719 | BLANCO PALLARES YUSELMY ALEJANDRA  | ENFERMERO (A) | A00           |      | 186   | 0     |          |          | 3,297,036         | 425,424   |         | SI         |
| 3266-2022     | Cedula               | 1020827949 | REYES MILLAN ANGIE KATERIN         | ENFERMERO (A) | A00           |      | 188   | 0     |          |          | 3,332,488         | 0         |         | SI         |
| 3267-2022     | Cedula               | 1020765756 | ABRIL MORENO YULY CAROLINA         | ENFERMERO (A) | A00           |      | 216   | 0     |          |          | 3,828,816         | 531,780   |         | SI         |

  
 HERNANDEZ GARCIA JUAN  
 80843578  
 Supervisor  
 27/04/2022 17.03.23