ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

NIT: 891780185
CARRERA 14 #23-42
4346262

AÑO: 2024 NÚMERO DE ACUERDO: 004 FECHA: 04/01/2024

REGISTROS PRESUPUESTALES No. 65

LA PROFESIONAL UNIVERSITARIA DE PRESUPUESTO

CERTIFICA

CERTIFICADO DISPONIBILIDAD No.2

TERCERO: 1004361185 - NORIEGA IMITOLA LADY CAROLINA

QUE POR MEDIO DEL CUAL SE REGISTRA EN EL LIBRO DE PRESUPUESTO, LOS VALORES QUE SE RELACIONAN A CONTINUACION:

SERVICIO DE PERSONAL ASISTENCIAL DE ESTA ESE. SEGUN OPS 0141

VALOR: $ 1,800,000.00

UN MILLON OCHOCIENTOS MIL (PESOS)

Código Rubro	Descripción	Lugar	Valor
2.4.5.02.09.901.20	servicios personales (personal asistencial)	ESE JULIO MENDEZ BARRENECHE	1,800,000

Contrato	No. Contrato	Fecha Inicial	Fecha Final
PRESTACION DE SERVICIOS	0141		

LEDYS GALINDO MORALES
PROFESIONAL UNIVERSITARIO PRESUPUESTO

MARGARITA CECILIA OROZCO ESLAIT
SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

USUARIO IMPRIME: ANDRES JESUS ARMANDO GAMEZ AND
IMPRESO POR: Sistemas CitiSalud SAS
ELABORADO POR: ANDRES JESUS ARMANDO GAMEZ AND

E.S.E. Hospital Universitario JULIO MÉNDEZ BARRENECHE	**ACTA DE DESIGNACIÓN DE SUPERVISOR**	CÓDIGO: GJC24F VERSIÓN: 02 FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024 Página **1** de **1**

PARA: PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA
DE: GERENTE
ASUNTO: Designación de Supervisor

En calidad de ordenador del gasto me permito comunicarle que ha sido designado(a) como Supervisor del siguiente contrato:

CONTRATO	CONTRATISTA	OBJETO	PLAZO
CD20240141	LADY CAROLINA NORIEGA IMITOLA	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.	Previa legalización, sin exceder el 31 de enero de 2024

En su actuación como Supervisor, está en la obligación de mantener un estricto control sobre la ejecución del objeto y obligaciones contractuales, por cuanto de conformidad con lo establecido en los artículos 51 y 56 de la Ley 80 de 1993, la Ley 1952 de 2019 y la Ley 1474 de 2011, el supervisor responderá disciplinaria, fiscal, civil y penalmente por sus acciones y omisiones en la actuación contractual, en los términos de la Constitución y la Ley.

Adicionalmente estará obligado a dar estricto cumplimiento a las obligaciones que defina la entidad a través del Manual de Contratación, el Manual de Supervisión e interventoría y las circulares que se expidan, y el Grupo de Trabajo de Contratación a través de la Oficina Asesora Jurídica y Control Disciplinario respecto de los asuntos referidos a la ejecución contractual y la etapa postcontractual.

Los supervisores están obligados a expedir los informes de supervisión y demás documentos de la ejecución contractual los cuales deberán presentarse dentro del término que se señale en el clausulado contractual o cuando sea requerido por el ordenador del gasto para que reposen en el expediente contractual de la Entidad.

Dentro de sus obligaciones principales está la vigilancia del cumplimiento del plazo de ejecución, de las obligaciones y del cronograma de actividades, si lo hubiere, así como informar al Grupo de Trabajo de Contratación cualquier acontecimiento que impida el normal desarrollo del contrato o convenio, estudiar las solicitudes, sugerencias, reclamaciones y consultas del contratista, exigir la documentación e información que estime pertinente y necesaria para el cabal cumplimiento de sus obligaciones como supervisor, exigir la acreditación del cumplimiento de las obligaciones adquiridas con el sistema de seguridad social integral y parafiscales según sea el caso, aprobar las solicitudes de pago, y todas las demás obligaciones que deban cumplir las partes y/o el contratista, señaladas en el respectivo contrato o convenio.

Una vez finalice el contrato o convenio cuya supervisión le corresponda, tendrá la obligación de expedir un informe final de supervisión, la certificación final de cumplimiento del objeto contractual y proyectar el acta de liquidación respectiva, en los casos que aplique, la cual deberá venir acompañada de la certificación de pagos y el certificado de saldos y pagos expedidos por el Grupo de Trabajo de Tesorería y el Grupo de Trabajo de Contabilidad.

Todos los documentos antes citados deberán ser remitidos al Grupo de Trabajo de Contratación para su revisión y trámite pertinente, con el fin de dar cumplimiento al procedimiento de liquidación contractual.

GERMAN GAVIRIA VARGAS MOSQUERA
GERENTE

COPIA CONTROLADA

ACTA DE INICIO CONTRATO NO. CD20240141 DE 2024.

ENTIDAD:	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE
CONTRATISTA:	NORIEGA IMITOLA LADY CAROLINA
VALOR:	1800000
OBJETO DEL CONVENIO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.
CRP N°	65 DEL 04 DE ENERO DE 2024
TÉRMINO DE EJECUCIÓN:	EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO ES APARTIR DE SU LEGALIZACIÓN (REGISTRO PRESUPUESTAL (RP) Y SUSCRIPCIÓN ACTA DE INICIO) HASTA EL 31 DE ENERO DE 2024

Entre los suscritos a saber **AURA STELLA DAZA PEÑA,** Profesional Especializado de la Unidad Funcional de Enfermería, quien actúa como Supervisor del contrato No. CD20240141, y por la otra, **NORIEGA IMITOLA LADY CAROLINA**, 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 en Santa Marta, D.T.C. e H, el 04 DE ENERO DE 2024.

Supervisor.

AURA STELLA DAZA PEÑA
C.C Nº 36541888

Contratista.

LADY NORIEGA IMITOLA

NORIEGA IMITOLA LADY CAROLINA
C.C Nº 1004361185

HJMB Julio Méndez BARRENECHE	**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO**	**Código: GJC23F**	**Versión: 2**
		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024	
		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/01/2024	

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y LADY CAROLINA NORIEGA IMITOLA CON C.C Nº 1.004.361.185

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20240141**			**DE FECHA**		**04/01/2024**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$ 1.800.000			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:**		$1.800.000
Nº PAGO / Nº DE INFORME::	1 DE 1	**Nº CRP:**	65	**Nº CDP:**		2
PLAZO DEL CONTRATO	(1) UN MES	**FECHA DEL ACTA DE INICIO:**	04/01/2024			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	AURA ESTELLA DAZAPEÑA					

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	N/A	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				N/A	
VALOR ADICIONADO	N/A	**CDP DE LA ADICIÓN:**	N/A	**CRP DE LA ADICIÓN:**	N/A	**TIEMPO PRORROGADO:**	N/A

III. POLIZAS (SI APLICA)

Nº DE PÓLIZA:	N/A	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**	N/A

IV. 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)

ITEM	
1	Recibi y entregue turno de acuerdo a la guia
2	Proporcione atencion de enfermeria a los pacientes en el servicio según las necesidades fisicas, fisiologicas, psicologicas y sociales
3	Ejecute rutinas de srvicios como toma de signos vitales, asistencia alimenticia, toma de glucometria, tomas de muestra de laboratorios, venopuncion, instalar y retirar infusiones de liquido, asepcia a los implementos de trabajo
4	Solicite ante farmacia los insumos y medicamentos de los pacientes que egresan e ingresan al servicoo
5	Recibi y entregue los pacientes a los diferentes servicios
6	Apoye a las enfermeras en marcacion de rotulos en la hora de instalar medicamento
7	Apoye al personal en procedimientos como curaciones, colocacion y retiro de sonda vesical, sonda nasogastrica
8	Realice seguimiento diario y registre todas las actividades y evoluciones del paciente en la historia clinica durante el turno
9	Informe a la profesional especializada de los eventos adversos
10	Garantice que la prestación de servicio objeto del contrato cumplan estrictamente con las caracteristicas y referencias descritas en el presente documento, las cuales se deben ajustar a las normas de calidad de conformidad con lo establecido por la E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche. Adicionalmente la garantía de los servicios ofrecidos debe permitir que estos mantengan su calidad e idoneidad
11	Realice asepcia general semanal y diaria cuando egrese los pacientes
12	Realice una adecuada segregacion de los elementos de proteccion personal, residuos hospitalarios que se generaron en la atencion del paciente
13	Recibi, registre oportunamente los elementos de proteccion personal y cumpli con el correcto uso de ellas
14	Hice los usos correctos de la aplicación de medicamentos
15	Cumpli con la recogida y limpieza del instrumental empleado en los procedimientos
16	Desarrolle las actividades definidas de acuerdo a la contratacion definidas por parte de la agendacion de turnos y horas establecidas mensualmente
17	Realice las notas de enfermeria a pacientes asignados en los tiempos reglamentados
18	Realice los seguimientos de la administracion de medicamentos

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**9461349739**	**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**	
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	
SALUD:	**COOSALUD**	**25/01/2024**	**$ 145.000**	
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**	**25/01/2024**	**$ 185.600**	
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**25/01/2024**	**$ 28.300**	

VI.DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo 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.

VII. ANEXOS
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

FIRMA DEL CONTRATISTA:	LADY NORIEGA IMITOLA
Nº. IDENTIFICACIÓN:	**CC. 1004361185**

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE	FORMATO INFORME DE SUPERVISOR	Código: GJC22F	Versión: 1
		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/01/2024	
		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/01/2024	

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

LADY CAROLINA NORIEGA IMITOLA

CON C.C Nº 1004361185

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20240141**		**DE FECHA**		**04/01/2024**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$1.800.000		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:**		$1.800.000
Nº PAGO / Nº DE INFORME::	1 DE 1	**Nº CRP:**	65	**Nº CDP:**	2
PLAZO DEL CONTRATO	(1) UN MES	**FECHA DEL ACTA DE INICIO:**	04/01/2024		
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9461349739	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	AURA ESTELA DAZA PEÑA				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	N/A	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				N/A	
VALOR ADICIONADO	N/A	**CDP DE LA ADICIÓN:**	N/A	**CRP DE LA ADICIÓN:**	N/A	**TIEMPO PRORROGADO:**	N/A

III. POLIZAS (SI APLICA)

Nº DE PÓLIZA:	XX	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	XX
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**	XX

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DEL MES DE ENERO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	El contrato se encuentra debidamente legalizado.	X	
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.	X	
3	Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en su respectiva carpeta contractual.	X	
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.	X	

Teniendo en cuenta lo anterior, en mi calidad de supervisor doy visto bueno para el respectivo pago correspondiente al periodo Nº 1 (UNO) de 1 (UNO)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	Aura Stella Daza P.
Nº. IDENTIFICACIÓN:	**36.541.888**

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 1004361185		NORIEGA IMITOLA LADY CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle16#47-18	SANTA MARTA-MAGDALENA	3003158793	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-12	2023-12	22040857	9461349739	I	2024/01/22	2024/01/25	BANCO DE OCCIDENTE	3	$360,000

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	Días	IBC	Aporte
1	CC 1004361185	NORIEGA LADY	25-14	30	$1,160,000	$185,600	ESSC24	30	$1,160,000	$145,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,160,000	$28,300	0	$0	$0
													$0	$0			$1,160,000	$28,300		$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000											

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,600	$600	$0	$186,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$185,600	$600	$0	$186,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,300	$100	$0	$28,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$28,300	$100	$0	$28,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,000	$400	$0	$145,400
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	1	$145,000	$400	$0	$145,400
TOTAL				1	$358,900	$1,100	$0	$360,000

2024/01/25 02:26 PM

CUENTA DE COBRO

DATOS DEL CONTRATISTA						FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/01/2024
NOMBRES Y APELLIDOS:	LADY CAROLINA NORIEGA IMITOLA				CC:	1004361185
					RUT:	1004361185-8
CORREO ELECTRÓNICO:	noriegaladycaro@gmail.com				TELÉFONO DE CONTACTO:3003158793	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 16 No 47-18 PANTANO				CIUDAD:	SANTA MARTA
RÉGIMEN DEL IVA:	SIMPLIFICADO X / COMÚN		¿DECLARANTE DE RENTA?	NO	¿ESTÁ OBLIGADO A FACTURAR?	
¿PERSONAS A CARGO?		¿APORTE VOLUNTARIO A FONDO DE PENSIONES?		NO		
¿AHORRO VOLUNTARIO A CUENTAS AFC?		NO	¿PAGO DE INTERESES CRÉDITO DE VIVIENDA? NO			
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CTA.:	AHORROS	Nº CUENTA:	564849222	

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	CD20240141	Nº RP:	65	Nº CDP:	2	PLAZO - DURACIÓN: 1 MES
¿ADICIÓN O PRORROGA?	NO	TIEMPO PRORROGADO		NO		VALOR ADICIONADO: NO
FECHA DE INICIO CONTRATO	04/01/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/01/2024		VALOR DEL CONTRATO: $ 1.800.000
Nº CDP (ADICIÓN):	NO	OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.			
Nº RP: (ADICIÓN)	NO					
¿SUSPENDIDO?	NO	FECHA DE REINICIO:		DD/MM/AAAA	NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN:	DD/MM/AAAA
VALOR TOTAL DEL CONTRATO (ADICIÓN)	N/A	PERIODO OBJETO DE COBRO:		MES DE ENERO 2024		
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO?				$ 1.800.000		

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
MES DE PAGADO DE SEGURIDAD SOCIAL			DICIEMBRE	IBC: $ 1.160.000
APORTE OBLIGATORIO A SEGURIDAD SOCIAL SALUD		$ 145.000	APORTE OBLIGATORIO A SEGURIDAD SOCIAL PENSIÓN: $ 185.600	
NIVEL / APORTE DE RIESGO ARL	3	$ 28.300	APORTE OBLIGATORIO A FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL: NO	
			TOTAL PAGO SEGURIDAD SOCIAL: $ 358.900	

LADY NORIEGA IMITOLA

Firma del Contratista

LADY CAROLINA NORIEGA IMITOLA

CC. 1004361185

E.S.E. Hospital Universitario JULIO MÉNDEZ BARRENECHE	ACTA FINAL	CÓDIGO: GJC26F VERSIÓN: 01 FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024 Página 1 de 1

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. 20240141 DEL 2024

NO. DEL CONTRATO	CD20240141 DE 2024
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	LADY CAROLINA NORIEGA IMITOLA
NO. DE IDENTIDAD	1.004.361.185
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$1.800.000
FORMA DE PAGO	1 cuota por valor de UN MILLON OCHOCIENTOS MIL PESOS M/L. ($1800000), de conformidad con el informe de la ejecución de las actividades contractuales realizadas, previa certificación de cumplimiento de expedida por parte del Supervisor del contrato.
PLAZO DE EJECUCIÓN	Previa legalización del contrato sin exceder 31 de enero de 2024
CDP	2
REGISTRO PRESUPUESTAL	65
FECHA DE ACTA DE INICIO	04 DE ENERO DE 2024
FECHA DE TERMINACION CONTRATO	31 DE ENERO DE 2024
SUPERVISOR DEL CONTRATO	Profesional Especializado Unidad Funcional de Enfermería

Entre los suscritos, **AURA STELLA DAZA PEÑA,** mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **36.541.888,** expedida en Santa Marta, obrando en calidad de **Profesional especializado Unidad funcional de enfermería** quien actúa como supervisor del contrato **CD20240141** por otra parte **LADY CAROLINA NORIEGA IMITOLA**, identificado con la cedula de ciudadanía No. **1.004.361.185** 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 a los **31** días, del mes de **ENERO** del año **2024**.

SUPERVISOR,

Aura Stella Daza P.

AURA STELLA DAZA PEÑA
36.541.888

CONTRATISTA,

LADY NORIEGA IMITOLA

LADY CAROLINA NORIEGA IMITOLA
1.004.361.185

COPIA CONTROLADA