

		FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO		Código: GJC23F	Versión: 2
				FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024	
				FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 20/03/2024	
CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y LILIANA BEATRIZ MAESTRE CARDENAS CON C.C. N° 57432434					
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
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					
OBJETO DEL CONTRATO:					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		CD20241202		DE FECHA	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:		\$4.000.000		14/02/2024	
N° PAGO / N° DE INFORME::		2 DE 2		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:	
PLAZO DEL CONTRATO		(2) DOS MES (ES)		\$2.000.000	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		N° CRP:		N° CDP:	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		FECHA DEL ACTA DE INICIO:		14/02/2024	
		UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA		AURA ESTELLA DAZA PEÑA	
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
N° DE MODIFICACIÓN:		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):		N/A	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		N/A	
		CRP DE LA ADICIÓN:		N/A	
		TIEMPO PRORROGADO:		N/A	
III. PÓLIZAS (SI APLICA)					
N° DE PÓLIZA:		N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA		DD/MM/AAAA		ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas del objeto del contrato)					
1	Recibí y entregue el turno de acuerdo a la guía				
2	Proporcione atención de enfermería a paciente de consulta externa, hospitalizados según las necesidades físicas, fisiológicas, psicológicas y sociales				
3	Asistí al paciente en la alimentación enteral y parenteral				
4	Informé al enfermero de turno y a la profesional de seguridad del paciente, incidentes y eventos adversos presentados				
5	Informé de las fallas de material y equipos de servicio				
6	Realicé solicitud y devoluciones a farmacia de insumos y medicamentos de los pacientes que ingresen y egresen bajo supervisión de enfermeras				
7	Recibí y entregue a los pacientes a diferentes servicios con lista de chequeo correspondiente				
8	Asistí a las rondas medicas durante los procedimientos de estos				
9	Apoyé al personal de enfermeras en los procedimientos (curaciones, colocación y retiro de sonda vesical, sonda nasogástrica, E.G.E, u otro procedimiento)				
10	Realicé procedimiento diario y registré todas las actividades, evoluciones del paciente en la historia clínica durante el turno				
11	Observación y reporte de signos de alarma presentados por los pacientes				
12	Informé a personal especializado de seguridad del paciente, incidentes y eventos adversos y participé en reuniones de estudio de estos				
13	Proporcione orientación al paciente y familiar				
14	Atendí a los pacientes con trato humanizado en el turno y/o área de la E.S.E				
15	Realicé la asepsia general semanal y diaria cuando egreso el paciente y registré en el formato correspondiente				
16	Clasifiqué, ordené y controlé la lencería de los servicios a efectos de reposición de ropa y de vestuario relacionado con la lavandería				
17	Realicé una adecuada segregación de los elementos de protección personal residuos hospitalarios en la atención de los pacientes				
18	Registré oportunamente los elementos de protección personal y uso correcto de estos				
19	Hacer los usos correctos de administración de los medicamentos				
20	Adherencia a protocolos, guías y procedimientos requeridos en la prestación del servicio				
21	Conducir a los usuarios a los distintos servicios y a otras instituciones de salud				
22	Arreglé el cadáver y entregué al familiar todas las pertenencias del paciente fallecido				
23	Informar a la enfermera y médico de la fuga del paciente				
24	Realizar seguimiento a la administración de los medicamentos por la enfermera (farmacovigilancia)				
25	Realizar procesos de esterilización del instrumental, insumos, dispositivos médicos y comprobar el empaquetamiento de estos				
26	Preparar los paquetes del material (confección de apósitos de gasas, torundas) Colocar los controles químicos y biológicos necesarios				
27	Clasificar el material de esterilización, comprobar el correcto empaquetamiento, Introducir los diferentes paquetes según su características				
28	Proporciona desde la zona intermedia todo el material necesario para la intervención (hojas, bisturís, apósitos) mantener la zona limpia y ordenada				
29	Trasladar al paciente al quirófano y realizar el monitoreo completo (pulsioxímetro, tensiómetro, electrodos, placa de bisturí)				
30	Asegurar el correcto etiquetado de las muestras biológicas obtenidas durante la intervención y de su envío a los laboratorios correspondientes				
31	Revisar el funcionamiento de equipos y elementos que se encuentren en la ambulancia y otros servicios				
32	Ayudar al médico en las maniobras de "soporte vital básico" (SVB) y "soporte vital avanzado" (SVA) que se aplique al enfermo crítico				
33	Movilizar e inmovilizar al paciente con seguridad y rapidez, en problemas traumatológicos y psiquiátricos, etc.				
34	Trasladar al paciente de un servicio a otro, recibir ordenes del servicio, informar a los familiares de los procedimientos, número de cama, etc.				
35	Preparar al paciente para procedimientos quirúrgicos y medios de diagnóstico como TAC, ecografías, estudios especializados y otros				
36	Llevar el registro de verificación de los pacientes de los pacientes que van para procedimientos quirúrgicos (lista de chequeos)				
37	Verificar que estedigilenciado el consentimiento para transfusiones sanguíneas, autorización de procedimientos quirúrgicos y de anestesia				
38	Llenar el formato de transfusión sanguíneas antes, durante y después de la transfusión				
39	Preparar el equipo y paciente antes, durante y después de la atención del parto				
40	Atención del recién nacido				
42	Actualización del Rdx y tarjetas de medicamento si la enfermera no se encuentra o está ocupada				
43	Controlar las entradas y salidas de historias clínicas de su consultorio (presentación de historias clínicas)				
44	Surtir a los consultorios de materiales, equipos, etc.				
45	Recibir al paciente y la programación de cirugía ambulatoria, verificar que no tenga accesorio, uñas pintadas, cabellos mojados, etc.				
46	Recibir al paciente de un servicio, verificando su historia clínica y sus registros médicos				
47	Recoger las facturas de los pacientes y verificar que estos aparezcan en el sistema				
48	Cumplir con el diligenciamiento de los RIPS, formatos de seguimiento, evaluación, facturación y registro propios de la E.S.E.				
49	Hacer uso adecuado y racional de los elementos, recursos y demás medios institucionales				
50	Garantizar la presencia oportuna, cuando se requiera hacer los procedimientos y labores propias del auxiliar de enfermería				
51	Responder por los daños y prejuicios en salud que se le generen a un usuario por su negligencia, omisión, descuido, etc.				
52	Tener comunicación las 24 horas del día para su fácil localización en casos de urgencias, para lo cual deberán certificar el número telefónico				
53	La suspensión, cancelación y atrasos en la prestación de los servicios por incumplimiento en los turnos así asignados, no tendrá derecho a descanso				

FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO

Código: GJC23F

Versión: 2

FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 20/03/2024

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y
LILIANA BEATRIZ MAESTRE CARDENAS
CON C.C N° 57432434

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

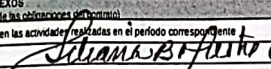
PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

OBJETO DEL CONTRATO:

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20241202	DE FECHA	14/02/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	\$4.000.000	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:	\$2.000.000
N° PAGO / N° DE INFORME::	2 DE 2	N° CRP:	1514
PLAZO DEL CONTRATO	(2) DOS MES (ES)	N° CDP:	300
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		FECHA DEL ACTA DE INICIO:	14/02/2024
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA	AURA ESTELLA DAZA PEÑA

- 54 El valor mensual facturado dependerá de las actividades contratadas y cumplidas por parte del contratista y verificados por el supervisor del contrato
- 55 Reportar inmediatamente cualquier incapacidad a la profesional especializada de la unidad de enfermería
- 56 Desarrollar las actividades definidas de acuerdo a la contratación definido por partes con las agendas de turno y horas establecidas mensuales (192h)
- 57 Asistencia a capacitaciones, programas de formación continua, y apropiación de procesos de inducción y reinducción
- 58 Garantizar que la prestación de servicio objeto del contrato cumplan con las características referenciadas descritas en el documento
- 59 Realizar todas y cada una de las actividades que asigne el supervisor del contrato y demás que determine el gerente, y que se deriven de la E.S.E

Información de aportes a la seguridad social

No. DE PLANILLA:	4541007893	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	07/03/2024	\$162.500
PENSIÓN:	PROTECCIÓN	07/03/2024	\$208.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	07/03/2024	\$31700
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA			
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social por el valor que exige la Ley, pago del cual anexo copia simple.			
VI. 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:	57432434		

	FORMATO INFORME DE SUPERVISOR	Código: GJC22F	Versión: 1
		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/01/2024	
		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 20/03/2024	

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y	
LILIANA BEATRIZ MAESTRE CARDENAS	
CON C.C N° 57432434	

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	
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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20241202	DE FECHA	14/02/2024		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	\$4.000.000	VALOR DE HONORARIOS PERÍOD	\$2.000.000		
N° PAGO / N° DE INFORME::	2 DE 2	N° CRP:	1514	N° CDP:	300
PLAZO DEL CONTRATO	2 MESES	FECHA DEL ACTA DE INICIO:	14/02/2024		
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	4541007893	OPERADOR:	SOI		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	AURA ESTELA DAZA PEÑA				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° 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)			
N° DE PÓLIZA:	XX	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	XX
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	XX

IV. VERIFICACIÓN DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS	
---	--

SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DEL MES DE MARZO 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 N° 2 (DO2) de 2 (DOS)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:

N°. IDENTIFICACIÓN:

36,541,888



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA	
TIPO IDENTIFICACIÓN: NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: CIUDAD/MUNICIPIO: DIRECCIÓN: TIPO APORTANTE: TIPO EMPRESA: FORMA DE PRESENTACIÓN: APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	CECULA DE CIUDADANÍA SANTA MARTA CLL 26 BIS N 7D 17 LA ESPERANZA 02-INDEPENDIENTE PRIVADA (ÚNICO)	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: LILIANA BEATRIZ MAESTRE GARDENAS MAGDALENA 4352421 I-INDEPENDIENTE Actividades reguladoras y facilitadoras de la act NO	NÚMERO PLANILLA: PERIODO COTIZACIÓN OTROS DÍAS DE MORA: FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): MAYO 2024 2024/03/07
		4541007893 TIPO DE PLANILLA: PERIODO COTIZACIÓN SALUD: MAYO 2024 2024/03/07	
		MAYO 2024 PERIODO COTIZACIÓN SALUD: MAYO 2024 2024/03/07	
		NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9997954696	

ADMINISTRADORA		TOTAL APORTES A PENSIÓN		APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES	
CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCIÓN	1	\$ 208.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 208.000	\$ 208.000
SUB TOTALES:										\$ 208.000	\$ 208.000

ADMINISTRADORA		TOTAL APORTES A SALUD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES	
CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	VALOR PAGADO
EP5005	EP5005-SANITAS S.A.	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 162.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 162.500	\$ 162.500
SUB TOTALES:								\$ 162.500				\$ 162.500	\$ 162.500

ADMINISTRADORA		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		TOTALES	
CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	APORTES	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 31.700	\$ 31.700	\$ 31.700
SUB TOTALES:								\$ 31.700	\$ 31.700

DATOS DEL COTIZANTE														LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES														SEGURIDAD SOCIAL														PARAFISCALES													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	CÓDIGO DE REGISTRO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TUE	TAP	COTI	VSP	VST	BLN	COM	ICE	LVA	VAC	VCT	RTP	PENSION				APORTES VOLUNTARIOS				INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	SALUD				ARP				CCF				ESAF	MINED								
																							ADMIN	DOL COT	IBC	COTIZACION	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLOYADOR	EMPLOYADO				ADMIN	DOL COT	IBC	COTIZACION	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DOL COT	IBC	COTIZACION	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE			IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA	ICBF	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	
CC	57432434	MAESTRE SANDRA LILIANA BEATRIZ	INDEPENDIENTE	CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS	\$ 1.300.000			NO															230201-PROTECCION	\$ 0	\$ 1.300.000	\$ 208.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 208.000	EPS-SOLOSANTITAS SA	\$ 0	\$ 1.300.000	\$ 162.500	\$ 0	\$ 162.500	4-23-POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	\$ 0	\$ 57.432.434	\$ 31.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0								

CUENTA DE COBRO

DATOS DEL CONTRATISTA				FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 20/03/2024	
NOMBRES Y APELLIDOS:	LILIANA BEATRIZ MAESTRE CARDENAS			CC:	57432434
CORREO ELECTRÓNICO:	lilimaestrek@gmail.com			RUT:	57432434-4
DIRECCIÓN DOMICILIO:	URB.CIUDADELA 29 DE JULIO MZA 36 CASA 5			TELEFONO:	3022431175
				CIUDAD:	SANTA MARTA
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.					
No tomaré costos y deducciones				(X)	
SI tomaré costos y deducciones				()	
<p>el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023</p>					
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	CD20241202	Nº RP:	1514	Nº CDP:	300
¿ADICIÓN O PRORROGA?	NO	TIEMPO PRORROGADO		NO	
FECHA DE INICIO CONTRATO	14/02/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31 /03/2024	
Nº CDP (ADICIÓN):	NO	PLAZO - DURACIÓN: 2 MESES			
Nº RP: (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		
¿SUSPENDIDO?	NO	FECHA DE REINICIO:	DD/MM/AAAA	NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN:	DD/MM/AAAA
VALOR TOTAL DEL CONTRATO (ADICIÓN)	NO		PERIODO OBJETO DE COBRO:	MES DE MARZO	
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO?			\$ 2.000.000		


 Firma del Contratista

LILIANA BEATRIZ MAESTRE CARDENAS
 C.C 57432434

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20241202 DEL 2024

NO. DEL CONTRATO	CD20241202
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	LILIANA BEATRIZ MAESTRE CARDENAS
NO. DE IDENTIDAD	57432434
OBJETO DEL CONTRATO	PRESENTACIÓN DE SERVICIO 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	4.000.000 MILLONES DE PESOS M/L
FORMA DE PAGO	2 CUOTA POR VALOR DE DOS MILLONES DE PESOS M/L (2.000.000) 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 MARZO DE 2024.
CDP	300
REGISTRO PRESUPUESTAL	1514
FECHA DE ACTA DE INICIO	14 DE FEBRERO DE 2024
FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO	31 DE MARZO DE 2024
SUPERVISOR DEL CONTRATO	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA

Entre los suscritos, AURA STELLA DAZA PEÑA, mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No 36541888 expedida en Santa Marta, obrando en calidad de **PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA** quien actúa como supervisor del contrato CD20241202 por otra parte LILIANA BEATRIZ MAESTRE CARDENAS identificado con la cédula de ciudadanía No. 57432434 en su condición de contratista se reunieron para firmar acta de finalización de contrato.

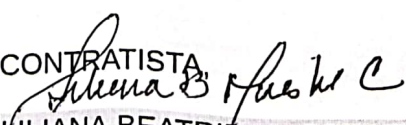
Por último el hospital declara que no existe emolumento alguno entre las partes y con todo concepto respecto de las obligaciones mutuas pactadas en el contrato prestación de servicios en referencia.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta a los 31 días, del mes de marzo del año 2024.

SUPERVISOR


AURA STELLA DAZA PEÑA
CC: 36541888

CONTRATISTA


LILIANA BEATRIZ MAESTRE CARDENAS
CC: 57432434