	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
HELGER ASTOLFO ALARCON BRITO
CON C.C Nº 12.558.761

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.	CD20241159		DE FECHA		13/02/2024	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$4.000.000		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:		2.000.000	
Nº PAGO / Nº DE INFORME::	2 DE 2	Nº CRP:	1476	Nº CDP:	300	
PLAZO DEL CONTRATO	2 MES (ES)	FECHA DEL ACTA DE INICIO:	13/02/2024			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	AURA 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 POLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	N/A

ITEM	IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades especificas del objeto del contrato)
1	Recibi y entregue mi turno de acuerdo a la guía.
2	Proporcioné atención en enfermeria a pacientes de consulta externa, hospitalizados según las necesidades fisicas, fisiológica, psicológicas y sociales.
3	Ejecuté rutinas del servicio (toma de signos vitales, baño en cama, asisitir en la alimentación, toma de glucometria, cambios de posición, arreglo de la unidad, toma de muestra de laboratorio, realizar nopuncion y verificar signos de flebitis, instalar y retirar infusiones de liquidos, asepsia a los implementos de trabajo como aspirador, riñorenas, signos, patos cada vez que sea necesario).
4	Realicé ante farmacia los insumos y medicamentos de los pacientes que egresen e ingresen al servicio o cambio por orden de la enfermera.
5	Realicé las respectivas devoluciones a farmacia de insumos o medicamentos que el paciente ya no requiera bajo la supervición de la enfermera.
6	Recibi y entregue a los pacientes a los diferentes servicios con la lista de chequeo correspondiente.
7	Apoyé a la enfermera en marcar el rótulo en la hora de instalar el medicamento.
8	Apoyé al personal de enfermeras en los procedimientos (curaciones, colocación y retiro de sonda vesical, sonda nasogástrica, etc. U otro procedimiento)
9	Realicé seguimiento diario y registre todas las actividades y evoluciones del paciente en la historia clínica durante el turno.
10	Use adecuadamente y racional de elementos, recursos y demás medios institucionales.
11	Observé y reporté los signos de alarma presentados por los pacientes.
12	Atendi a los pacientes con trato humanizado en el turno y/o área asignada de la E. S. E.
13	Tuve comunicación las 24 horas del dia para la facil localización en casos de urgencias, para lo cual certifique mi número de telefono.
14	Recibi y registre oportunamente los elementos de protección personal y cumpli con el correcto uso de estos. Diligencie correctamente los formatos requeridos en los servicios.
15	Asistí a capacitaciones, programas de formación continua, apropiación de procesos de inducción y re inducción.
16	Realicé notas de enfermeria a pacientes asignados en los tiempos reglamentarios.
17	Informé al profesional especializado de seguridad del paciente los incidentes, eventos adversos y participé en reuniones para estudio de estos y todos los que deriven de la atención del paciente.
18	Informé las fallas de material y equipo de servicios.
19	Participé en los programas de enseñanza en servicio para desarrollo de personal. Proporcioné orientación al paciente y al familiar.
20	Realicé asepcia general semanal y diaria cuenado egrese al paciente, registré en el formato correspondiente.
21	Clasifiqué, ordené y controlé las lencerias de los servicios a efecos de reposición de ropas y de vestuario, relacionándose con los servicios de lavanderia.
22	Realicé una adecuada segregación de los elementos de protección personal, residuos hospitalarios que se generaron de la atención de los pacientes, de cualquier otro procedimiento y manejo de ropa sucia.
23	Recibí, registré oportunamente los elementos de protección personal y cumpli con el correcto uso de estos. Diligencié correctamente los formatos requeridos en los servicios.
24	Hice los usos correctos de administración de medicamentos.
25	Me adherí a los protocolos, guias y procedimientos requeridos en la prestación del servicio.
26	Reporté inmediatamente cualquier incapacidad a la profesional especializada de la unidad de enfermeria.
27	Aplique los indicadores de Seguridad del Paciente y Humanización del Servicio.
28	Informé a la enfermera y médico de la fuga del paciente.
29	Realicé seguimiento a la administración de los medicamentos por la enfermera.
30	Recibi y entregue a los pacientes a los diferentes servicios con la lista de chequeo correspondiente.
31	Asistí a la ronda médica y a los especialistas, médicos generales durante los procedimientos.
32	Bajo la Resolución 1955 de 1999 y 839 del 2017 cumplir el diligenciamiento de los RIPS, formatos de seguimiento, evaluación, facturación y registro propios de la E. S. E.
33	Garantice la presencia oportuna, cuando se requiera hacer los procedimientos y laborales propias del auxiliar de enfermeria en cualquier servicio de la E. S. E.
34	Responder por los daños y perjuicios en salud que se le generen a un usuario por su negligencia, omisión descuido, olvido exceso o cualquier otra acción imputable a su culpa.
35	La suspensión, cancelación y atrasos en la prestación de los servicios por incumplimiento en los turnos asignados sin justificación que ocacionen trastornos y/o alteraciones en la oportunidad de la prestación del servicio, será objeto de glosa de la orden que se genere, el incumplimiento a un turno nocturno no tiene derecho al descanso.
36	Garanticé que la prestación de servicio objeto del contrato cumplan estrictamente con las caracteristicas y referencias descritas en el presente documento, las cuales se denen ajustar a las normas de calidad de conformidad con lo esablecido por la E. S. E. Hospital Universitario Julio Mendez Barreneche. Adicionalmente la garantia de los servicios ofrecidos debe permitir que estos mantengan su calidad e idoneidad.
37	El valor mensual facturado dependerá de las actividades contratadas y cumplidas por parte del contratista y verificados por el supervisor del contrato.
38	Realice la recogida y limpieza del instrumental empleado en los procedimientos e intervenciones quirurgicas, así como ayudar al Personal de enfermeria en la ordenación de vitrinas.

Powered by CamScanner

TARIO JULIO MENDEZ
- 891780185-2
ireccion - CARRER
RGENCIAS
N°: 108044556
isión: 85012
Fecha
Tipo
Gr
V

	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 HELGER ASTOLFO ALARCON BRITO CON C.C N° 12.558.761

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.	CD20241159		DE FECHA		13/02/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$4.000.000		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:		2.000.000
N° PAGO / N° DE INFORME::	2 DE 2	N° CRP:	1476	N° CDP:	300
PLAZO DEL CONTRATO	2 MES (ES)	FECHA DEL ACTA DE INICIO:	13/02/2024		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	AURA DAZA PEÑA				

39	Desarrollè las actividades definidas de acuerdo a la contratación definida por parts con las agendas de turno y horas establecidas mensuales (192h).
40	Arregle a cadáver y entreguè al familiar todas las pertenecis del paciente fallecido.
41	Preparè al paciente para procedimientos quirùrgicos y medios de diganosticos como TAC, ecografias, estudios especializados y otros.
42	Lleve el registro de verificacion de los paientes que van para procedimientos quirùrgicos (lista de chequeo).
43	Verifiquè que estaba diligenciado el consentimiento para transfusiones sanguineas, autorización de procedimientos quirurgicos y de anestesia, declaración de retiro voluntario estén diligenciados.
44	Llene el formato de transfusión sanguinea antes, durante y después de la transfusión.
45	Preparè el equipo y paciente antes, durante y después de la atención del parto.
46	Actualicè el Kardex y tarjetas de medicamento si la enfermera no se encuentra o está ocupada
47	Controlè las entradas y salidas de historias clinicas de su consultorio (prestación de historias clinicas).
48	Surti a los consultorios de materiales, equipos, etc.
49	Recibi al paciente y la programación de cirugia ambulatoria, verifiquè que no tenga accesorios, no uñas pintadas, no cabellos mojados, el paciente est o afectado en la zona de inserción, verificar los documentos de
51	Al recibir el paciente procedente de cirugia u otros servicios, verifique que la historia clinica estén todos los registros médicos y de enfermeria estén lleno.
52	Respondi por las daños y perjuicios en salud que se le generaron a un usuario por su negligencia, omisión, descuido, olvido exceso o cualquier otra acción imputable a su culpa
53	El valor mensual facturado dependió de las actividades contratadas y cumplidas por parte del contratista y verificados por el supervisor del contrato
54	Reportè inmediatamente cualquier incapacidad a la profesional especializada de la unidad de enfermeria
55	Desarrollè las actividades definidas de acuerdo a contratacion definido por partes con las agendas de turno y horas establecidas mensuales (192h)
56	Realicè todas y cada una de las actividades que asigne el supervisor del contrato y las demás que determino el Gerente, y que se deriven de las necesidades de la E.S.E.
57	Preparè el equipo y a la paciente para el monitoreo fetal.
58	Realice procesos de esterilización del instrumenal, insumos y dispositivos médicos, comprobar el correcto empaquetamieto de este y el cumplimiento de los registros especificos.

V. INFORMACION DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	4539957604		SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	7/03/2024	162.500
PENSIÓN:	PROTECCION	7/03/2024	208.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	7/03/2024	31.700

VI.DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrolle las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
2.- Que realicè el pago de la Segundad Social por el valor que exige la Ley, pago del cual anexo copia simple.
3.- Que autonzo 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:	HELGER ASTOLFO ALARCON BRITO
N°. IDENTIFICACIÓN:	C.C. 12.558.761

Powered by CamScanner

	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 HELGER ASTOLFO ALARCON BRITO CON C.C Nº 12.558.761

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.	CD20241159		DE FECHA		13/02/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$4.000.000		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:		2.000.000
Nº PAGO / Nº DE INFORME::	2 DE 2	Nº CRP:	1476	Nº CDP:	300
PLAZO DEL CONTRATO	2 MES (ES)	FECHA DEL ACTA DE INICIO:		13/02/2024	
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	4539957604	OPERADOR:		APORTES EN LINEA	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	AURA ESTELA DAZA PEÑA				

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 SE 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 Nº 2 (DOS) de 2 (DOS)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	
Nº. IDENTIFICACIÓN:	36.541.888

Powered by CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACION:	CEDULA DE CIUDADANIA	NUMERO DE IDENTIFICACION	12558781
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			HELGER ASTOLFO ALARCON BRITO
CIUDAD/MUNICIPIO	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO	MAGDALENA
DIRECCION:	CALLE 27 7 A 52 LA ESPERANZA	TELÉFONO	4000000
TIPO APORTANTE	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	4-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACION:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA).			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA			4539957604	TIPO DE PLANILLA	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES febrero AÑO 2024
DÍAS DE MORA			0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)			2024/03/07	NUMERO AUTORIZACION	3937450392

TOTAL APORTES A PENSION

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CODIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACION	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 0	$ 208.000
SUBTOTALES:										$ 208.000	$ 0	$ 208.000

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NUMERO AUTORIZACION	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500
SUBTOTALES:													$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACION	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACION	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 31.700	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 31.700
SUBTOTALES:									$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 31.700

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES						
Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COL	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSION						SALUD						ARP									CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
																										ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTES	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTES	TOTAL APORTES	TOTAL APORTES	TOTAL APORTES	TOTAL APORTES	TOTAL APORTE
1	CC 12558781	ALARCON BRITO HELGER ASTOLFO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 1.300.000			NO																		25-14 COLPENSIONES	30	1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS037-NUEVA EPS	30	1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	1.300.000	12558781	$ 31.700	30	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 402.200

Planilla Pagada

Powered by CamScanner

AMPO HERNAN

CUENTA DE COBRO

DATOS DEL CONTRATISTA		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:20/03/2024	
NOMBRES Y APELLIDOS:	HELGER ASTOLFO ALARGON BRITO	CC:	12,558,761
		RUT:	12,558,761-6
CORREO ELECTRÓNICO:	helgeralargonbrito@gmail.com	TELEFONO:	30004687015
DIRECCIÓN DOMICILIO:	calle 27 nº 7a-52 la esperanza	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	()

La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con 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 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	cd20241159	Nº RP:	1576	N° CDP:	300	PLAZO - DURACIÓN: 2 MES
¿ADICIÓN O PRORROGA?	NO	TIEMPO PRORROGADO		NO		VALOR ADICIONADO: NO
FECHA DE INICIO CONTRATO	13/02/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/03/2024		VALOR DEL CONTRATO: 4,000,000
N° CDP (ADICIÓN):	NO	OBJETO DEL CONTRATO	prestacion de servicio de apoyo ala gestion como auxiliar de enfermeria para realizar actividades asistenciales en la ESE HOSPITAL UNIVERSIATRIO MENDEZ BARENECHE			
Nº RP: (ADICIÓN)	NO					
¿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:		MARZO DE 2024		
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO?				$$ 2,000,000		

Firma del Contratista

helger astolfo alargon brito
CC: 12,558,761

Powered by CamScanner