

	FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO				Código: GJC23F	Versión: 2
					FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024	
					FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 27/06/2024	

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y
YEIMITH DEL ROSARIO TORRES REDONDO
CON C.C N° 39045341

I. INFORMACIÓN 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.	CD20242584	DE FECHA		31/03/2024	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	\$10.000.000		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:	\$1.875.000	
N° PAGO / N° DE INFORME::	3 DE 5	N° CRP:	2981	N° CDP:	510
PLAZO DEL CONTRATO	(5) CINCO MES(ES)	FECHA DEL ACTA DE INICIO:	01/04/2024		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	AURA STELLA 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
			N/A	TIEMPO PRORROGADO:	N/A

III. POLIZAS (SI APLICA)

N° 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 el turno de acuerdo a la guía.
2	Proporcione atención de enfermería a pacientes de consulta externa , hospitalizados según las necesidades físicas, fisiológicas, psicológicas y sociales(toma de signos vitales, baño en cama, asistir en la alimentación, toma de glucometría, cambios de posición, arreglo de la unidad, toma de muestra de laboratorio, realizar venopunción y verificar signos de flebitis, instalar y retirar infusiones de líquidos, asepsia a los implementos de trabajo como aspirador, riñoneras, pisingos, patos cada vez que sea necesario).
3	Asisti al paciente en la alimentación enteral y parenteral
4	Informé al enfermero de turno y a la profesional especializada de seguridad del paciente los incidentes, eventos adversos presentados en el servicio.
5	Informé de las fallas de material y equipos de servicios
6	Realizé las respectivas solicitudes y devoluciones a farmacia de insumos o medicamentos de los pacientes que ingresen y egresen bajo la supervisión de la enfermera.
7	Recibi y entregar a los pacientes a los diferentes servicios con la lista de chequeo correspondiente
8	Asisti a la ronda médicas y durante los procedimientos de estos
9	Apoyé al personal de enfermeras en los procedimientos (curaciones, colocación y retiro de sonda vesical, sonda nasogástrica, E:CG, y otros procedimientos) y en marcar los rótulos en la hora de instalar el medicamento
10	Realizé durante el turno, seguimiento diario y registrar todas las actividades y evoluciones del paciente en la historia clínica (notas de Enfermería), en los tiempos reglamentados
11	Observé y reporte de signos de alarma presentados por sus pacientes
12	Informé a la profesional especializada de seguridad del paciente los incidentes, eventos adversos y participar en reuniones para estudio de estos y todos los que deriven de la atención del paciente
13	Proporcione orientación al paciente y familiar
14	Atendí a los pacientes con trato humanizado en el turno y / o área a asignada de la E.S.E
15	Realizé asepsia general semanal y diaria cuando egrese el paciente, registrar en el formato correspondiente
16	Clasifiqué, ordenar y controlar las lencerías de los servicios a efectos de reposición de ropas y de vestuario, relacionándose con los servicios de lavandería
17	Realizé una adecuada segregación de los elementos de protección personal, residuos hospitalarios que se generen de la atención de los pacientes, de cualquier otro procedimiento y manejo de ropa sucia.
18	Recibi, registrar oportunamente los elementos de protección personal y cumplir con el correcto uso de estos.
19	Hicé los usos correctos de administración de medicamentos
20	Adherí a protocolos, guías y procedimientos requeridos en la prestación del servicio.
21	Conduci a los usuarios a los distintos servicios y a otras instituciones de salud.
22	Arreglé cadáver y entregarle al familiar todas las pertenencias del paciente fallecido
23	Informé a la enfermera y médico de la fuga del paciente
24	Realizé seguimiento a la administración de los medicamentos por la enfermera (farmacovigilancia)

	FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	Código: GJC23F	Versión: 2
		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024	
		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 27/06/2024	

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y YEIMITH DEL ROSARIO TORRES REDONDO CON C.C Nº 39045341					
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.		CD20242584		DE FECHA	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:		\$10.000.000		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:	
Nº PAGO / Nº DE INFORME::		3 DE 5		31/03/2024	
PLAZO DEL CONTRATO		(5) CINCO MES(ES)		Nº CRP: 2981	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		FECHA DEL ACTA DE INICIO:		Nº CDP: 510	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		01/04/2024		UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA	
				AURA STELLA DAZA PEÑA	
25	Realizé procesos de esterilización del instrumental, insumos y dispositivos médicos, comprobar el correcto empaquetamiento de este y el cumplimiento de los registros específicos.				
26	Preparé los paquetes de material (confección de apósitos de gasa, torundas y otro material), Colocar los controles químicos y biológicos necesarios, Poner las fechas de envasado, Cerrar los sobres de material.				
27	Clasifiqué el material de esterilización, comprobar el correcto empaquetamiento, Introducir los diferentes paquetes según características, Colaborar en la puesta en marcha de los aparatos, cumplimentar los registros específicos.				
28	Proporcioné desde la zona intermedia todo el material necesario para la intervención (hojas bisturíes, apósitos...), y mantiene la zona repuesta, limpia y ordenada.				
29	Trasladé al paciente a quirófano y realizar el monitoreo completo (pulsioxímetro, tensiómetro, electrodos, placa de bisturí) para iniciar procedimientos quirúrgicos				
30	Aseguré el correcto etiquetado de las muestras biológicas obtenidas durante la intervención y de su envío a los laboratorios correspondientes (Anatomía Patológica, Microbiología, etc.).				
31	Revisé el funcionamiento de los equipos y elementos que se encuentran en la ambulancia y otros servicios: pulsoxímetro, aspirador, tensiómetro, el desfibrilador, etc.				
32	Ayudé al médico en las maniobras de "soporte vital básico" (SVB) y "soporte vital avanzado" (SVA) que se aplique al enfermo crítico.				
33	Movilisé al paciente con seguridad y rapidez, en problemas traumatológicos y psiquiátrico. etc,				
34	realizé el traslado de un paciente a otro servicio o por medio de la ambulancia, antes: Recibir las órdenes del servicio, Informarles a los familiares que se le van a realizar los procedimientos y debe estar listo media hora antes, verificar el nombre del paciente, número de cama asignada, verificar el estado del paciente, para ver si se puede transportar en silla de rueda o en camilla, verificar el acompañamiento del familiar, mirar las condiciones de las venas, si están permeables y con angiocath No. 18 y reciente				
35	Preparé el paciente para procedimientos quirúrgicos y medios de diagnósticos como TAC, ecografías, estudios especializados y otros				
36	Llevé el registro de verificación de los pacientes que van para procedimientos quirúrgicos (lista de chequeos).				
37	Verifiqué que este diligenciado el consentimiento para transfusiones sanguíneas, autorización de procedimientos quirúrgicos y de anestesia, declaración de retiro voluntario estén diligenciados				
38	Llené el formato de transfusión sanguínea antes, durante y después de la transfusión.				
39	Preparé el equipo y paciente antes, durante y después de la atención del parto.				
40	Atendí al Recién Nacido				
41	Preparé el equipo y a la paciente para el monitoreo fetal.				
42	Actualizé el Kardex y tarjetas de medicamento si la enfermera no se encuentra o está ocupada				
43	Controlé las entradas y salidas de historias clínicas de su consultorio (prestación de historias clínicas).				
44	Surtí a los consultorios de materiales, equipos, etc.				
45	Recibí al paciente y la programación de cirugía ambulatoria, verificar que no tenga accesorios, no uñas pintadas, no cabellos mojados, el paciente este afectado en la zona de inserción, verificar los documentos de este, que estén completos y actualizados, hacer las notas de enfermería, verificar la autorización para la cirugía, Admisiónar, y trasladar al piso correspondiente				
46	recibi el paciente procedente de cirugía u otros servicios, verificar que la historia clínica estén todos los registros médicos y de enfermería estén lleno.				
47	. Recogi las facturas de los pacientes y verificar que estos aparezca en el sistema.				
48	Bajé la resolución 1955 de 1999 y 839 del 2017 Cumplir con el diligenciamiento de los RIPS, formatos de seguimiento, evaluación, facturación y registro propios de la E.S.E.				
49	Usé adecuado y racional de elementos, recursos y demás medios institucionales				
50	Garantizé la presencia oportuna, cuando se requiera hacer los procedimientos y labores propias del auxiliar de enfermería en cualquier servicio de la E.S.E				
51	Respondí 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				

	FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO		Código: GJC23F	Versión: 2
			FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024	
			FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 27/06/2024	

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y YEIMITH DEL ROSARIO TORRES REDONDO
CON C.C N° 39045341

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.	CD20242584	DE FECHA	31/03/2024		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	\$10.000.000	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:	\$1.875.000		
N° PAGO / N° DE INFORME::	3 DE 5	N° CRP:	2981	N° CDP:	510
PLAZO DEL CONTRATO	(5) CINCO MES(ES)	FECHA DEL ACTA DE INICIO:	01/04/2024		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	AURA STELLA DAZA PEÑA				

52

Tuvé comunicación las 24 horas del día para su fácil localización en casos de urgencias, para lo cual deberán certificar el número telefónico

53

La suspendí la, cancelación y atrasos en la prestación de los servicios por incumplimiento en los turnos asignados sin justificación que ocasionen trastornos y o alteraciones en la oportunidad de la prestación del servicio, serán objeto de glosas de la orden que se genere, el incumplimiento a un turno nocturno no tiene derecho al descanso.

54

El valor mensual facturado dependerá de las actividades contratadas y cumplidas por parte del contratista y verificados por el supervisor del contrato

55

Reporté inmediatamente cualquier incapacidad a la profesional especializada de la unidad de enfermería

56

Desarrollé las actividades definidas de acuerdo a contratación definido por partes con las agendas de turno y horas establecidas mensuales (192h)

57

Asisti a capacitaciones, programas de formación continua, y apropiación de procesos de inducción y reinducción.

58

Garantizé que la prestación de servicio objeto del contrato cumplan estrictamente con las características 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.

59

Realizé todas y cada una de las actividades que asigne el supervisor del contrato y las demás que determine el Gerente, y que se deriven de las necesidades de la E.S.E.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9467632425	OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	MUTUAL SER	17/06/2024	\$ 83.200	
PENSIÓN:	PORVENIR	17/06/2024	\$ 65.000	
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	17/06/2024	\$ 12.700	

VI.DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.

2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social por el valor que exige la Ley, pago del cual anexo copia simple.

3.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

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 período correspondiente

FIRMA DEL CONTRATISTA:

N°. IDENTIFICACIÓN:

37 045 341



FORMATO INFORME DE SUPERVISOR

Código: GJC22F Versión: 1

FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/01/2024

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:
27/06/2024

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

YEIMITH DEL ROSARIO TORRES REDONDO

CON C.C N° 39045341

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.	CD20242584		DE FECHA		31/03/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	\$ 10.000.000		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:		\$1.875.000
N° PAGO / N° DE INFORME::	3 DE 5	N° CRP:	2981	N° CDP:	510
PLAZO DEL CONTRATO	(5) CINCO MES(ES)		FECHA DEL ACTA DE INICIO:		01/04/2024
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9467632425		OPERADOR:		APORTES EN LINEA
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. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DEL MES DE JUNIO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO SE DESCUENTA UN DIA SIN JUSTIFICACION \$125.000

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° 3 (TRES) de 5 (CINCO)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	
N°. IDENTIFICACIÓN:	36.541.888

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 39045341		TORRES REDONDO YEIMITH DEL ROSARIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 23 41a-25	SANTA MARTA-MAGDALENA	3104457209	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Período		Clave		Tipo		Fecha		Pago		Valor	
Pensión	Salud	Pago		Planilla		Limite		Pago	Dias Mora		
2024-05		06042952	9467632425	I		2024/06/13		2024/06/17		4	\$403,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)																							
1	CC 39045341	TORRES YEIMITH	230301	30	\$1,300,000	\$208,000	ESSE07	30	\$1,300,000	\$162,500		14-23	30	\$0			\$1,300,000	\$31,700			\$0	\$0	
Total Afiliados(1)																		\$1,300,000	\$31,700			\$0	\$0

Identificación

dv

Razon Social

TORRES REDONDO YEIMITH DEL ROSARIO

Clase Aportante

INDEPENDIENTE

Sucursal Principal

PRINCIPAL

Direccion

calle 23 41a-25

Ciudad-Departamento

SANTA MARTA-MAGDALENA

Telefono

3104457209

Exonerado SENA e ICBF

No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo

Pension

Salud

Clave

Pago

Planilla

2024-05

2024-05

06042952

9467632425

Limite

2024/06/13

Fecha

Pago

2024/06/17

Banco

BANCO DE OCCIDENTE

Dias Mora

4

Valor

\$403,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO

CODIGO

NIT

DV

AFILIADOS

VALOR LIQUIDADO

INTERESES MORA

SALDOS E INCAPACIDADES

VALOR A PAGAR

AFP (ADMINISTRADORAS: 1)

230301

800,224,808

8

1

\$208,000

\$700

\$0

\$208,700

PORVENIR

1

\$208,000

\$700

\$0

\$208,700

ARL (ADMINISTRADORAS: 1)

1

\$31,700

\$100

\$0

\$31,800

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

14-23

860,011,153

6

1

\$31,700

\$100

\$0

\$31,800

EPS (ADMINISTRADORAS: 1)

1

\$162,500

\$600

\$0

\$163,100

MUTUAL SER

ESSC07

806,008,394

7

1

\$162,500

\$600

\$0

\$163,100

TOTAL

1

\$402,200

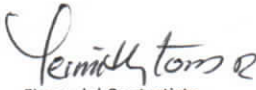
\$1,400

\$0

\$403,600

CUENTA DE COBRO

DATOS DEL CONTRATISTA				FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 27/06/2024	
NOMBRES Y APELLIDOS:	YEIMITH DEL ROSARIO TORRES REDONDO			CC:	39045341
				RUT:	39045341-2
CORREO ELECTRÓNICO:	torresyeimith@gmail.com			TELÉFONO:	310 4457209
DIRECCIÓN DOMICILIO:	calle 23 45A 55			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.					
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CTA.:	AHORRO	Nº CUENTA:	564832459
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	CD20242584	Nº RP:	2981	Nº CDP:	510
¿ADICIÓN O PRORROGA?	NO	TIEMPO PRORROGADO	NO		PLAZO - DURACIÓN: 5 MES
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/04/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31 DE AGOSTO DE 2024		VALOR ADICIONADO: NO
Nº CDP (ADICIÓN):	NO	VALOR DEL CONTRATO: \$10,000,000			
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 JUNIO 2024		
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO?			\$ 1.875.000		


Firma del Contratista

YEIMITH DEL ROSARIO TORRES REDONDO
C.C39045341