HUMB E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO 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: 27/06/2024	

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

WILFRENDY ROCIO VIÑAS MARQUEZ

CON C.C Nº 700.346.745

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN 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.	**CD20243602**			**DE FECHA**	8/05/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$ 4,000,000			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:**	$2,000,000
N° PAGO / N° DE INFORME::	2 DE 2	**Nº CRP:**	4000	**N° CDP:**	510
PLAZO DEL CONTRATO	(2) DOS MESES	**FECHA DEL ACTA DE INICIO:**		9/05/2024	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA				
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	**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

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 específicas del objeto del contrato)
1	Recibí y entregue turno de acuerdo a la guía.
2	Proporcioné atención de enfermería a pacientes de consulta externa, hospitalizados según las necesidades físicas, fisiológicas, psicológicas y sociales (toma de signos vitales, baño en cama, asistí en la alimentación, toma de glucometría, cambios de posición, arreglo de la unidad, toma de muestra de laboratorio, realice venopunción y verifique signos de flebitis, instale y retire infusiones de líquidos, realice asepsia a los implementos de trabajo como aspirador, riñoneras, pisingo, patos cada vez que sea necesario).
3	Asistí al paciente en la alimentación enteral y parenteral.
4	Informe al enfermero de turno y a la profesional especializada de seguridad del paciente los incidentes, eventos adversos presentados en el servicio.
5	Informe de las fallas de material y equipos de servicios.
6	Realicé nlas respectivas solicitudes y devoluciones a farmacia de insumos o medicamentos de los pacientes que ingresen y egresen bajo la supervisión de la enfermera.
7	Recibí y entregue a los pacientes a los diferentes servicios con la lista de chequeo correspondiente.
8	Observé y reporté los signos de alarma presentados por los pacientes.
9	Clasifiqué, ordene y controlé las lencerías de los servicios a efectos de reposición de ropas y de vestuario, relacionándose con los servicios de lavandería.
10	Realicé una adecuada segregación de los elementos de protección personal, residuos hospitalarios que se generan en la atención de los pacientes, de cualquier otro procedimiento y manejo de ropa sucia.
11	Recibí, registré oportunamente los elementos de protección personal y cumplí con el correcto uso de estos.
12	Tuve adherencia a protocolos, guías y procedimientos requeridos en la prestación del servicio.
13	Preparé los paquetes de material (confección de ápositos de gasa, torundas y otro material), coloqué los controles químicos y biológicos necesarios, coloque las fechas de empacad, cerré sobres de material.
14	Clasifiqué el material de esterilización, comprobé el correcto empaquetamiento, introducí los diferentes paquetes según características, colaboré en la puesta en marcha de los aparatos, cumplí con los registros específicos.

Powered by CamScanner

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO 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: 27/06/2024	

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

WILFRENDY ROCIO VIÑAS MARQUEZ

CON C.C Nº 700.346.745

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN 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.	CD20243602		DE FECHA		8/05/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$ 4,000,000		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:		$2,000,000
N° PAGO / N° DE INFORME::	2 DE 2	Nº CRP:	4000	N° CDP:	510
PLAZO DEL CONTRATO	(2) DOS MESES	FECHA DEL ACTA DE INICIO:	9/05/2024		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	AURA STELLA DAZA PEÑA				

15	Proporcioné desde la zona intermedia todo el material necesario para la intervención (hojas, bisturíes, ápositos) y mantuve la zona de respuesta, limpia y ordenada
16	Al realizar el traslado de un paciente a otro servicio o por medio de la ambulancia, antes: de recibir órdenes del servicio, informé a los familiares que se le va a realizar el procedimiento y aliste media hora antes al paciente, verifiqué que el nombre del paciente, y número de cama asignada, verifique el estado del paciente, para ver si se puede transportar en silla de rueda o en camilla, verifiqué el acompañamiento del familiar, miré las condiciones de las venas, si están permeables y con agiocath No. 18 reciente.
17	Controlé las entradas y salidas de historias clínicas de su consultorio (prestación historias clínicas)
18	Surtí a los consultorios de materiales, equipos, etc
19	Recogí las facturas de los pacientes y verifique que estos aparezcan en el sistema
20	Usé adecuadamente y racional de elementos, recursos y demás medios institucionales
21	Garanticé la presencia oportuna, cuando se requiere hacer los procedimientos y labores propias del auxiliar de enfermería en cualquier servicio de la E.S.E
22	Respondí por los daños y perjuicios en salud que se le generó a un usuario por su negligencia, omisión, descuido, olvido, exceso o cualquier otra acción imputable a su culpa.
23	Tuve comunicación las 24 horas del día para su fácil localización en casos de urgencias, para lo cual deberán certificar el número telefónico
24	La suspención, cancelación y atrasos en la prestación de los servicios por incumplimiento en los turnos asignados sin justificación que ocasionen transtornos 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.
25	El valor mensual facturado dependerá de las actividades contratadas y cumplidas por parte del contratista y verificados por el supervisor del contrato
26	Reporté inmediatamente cualquier incapacidad a la profesional especializada de la unidad de enfermería
27	Desarrollé las actividades definidas de acuerso a contratación definido por partes con las agendas de turno y horas establecidas mensuales (192H)
28	Asistí a capacitaciones, programas de formación contínua y apropiación de procesos de inducción y reinducción
29	Garanticé la prestación de servicio objeto del contrato cumplí 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 delos servicios ofrecidos debe permitir que estos mentegan su calidad e idoneidad
30	Realicé todas y cada una de las actividades que asigno 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:	9468591676	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	17/06/2024	$ 119.200
PENSIÓN:	COLPENSIONES	17/06/2024	$ 152.600
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	17/06/2024	$ 23.000

Powered by CamScanner

HUMB E.S.E. Hospital Universitario 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: 27/06/2024	

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

WILFRENDY ROCIO VIÑAS MARQUEZ

CON C.C Nº 700.346.745

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN 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.	**CD20243602**			**DE FECHA**	**8/05/2024**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$ 4,000,000			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:**	$2,000,000
N° PAGO / N° DE INFORME::	2 DE 2	**Nº CRP:**	4000	**N° CDP:**	510
PLAZO DEL CONTRATO	(2) DOS MESES	**FECHA DEL ACTA DE INICIO:**		**9/05/2024**	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	AURA STELLA DAZA PEÑA				

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:	Wilfrendy Viñas
N°. IDENTIFICACIÓN:	**CC. 700.346.745**

Powered by CamScanner

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:27/06/2024	

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

WILFRENDY ROCIO VIÑAS MARQUEZ

CON C.C Nº 700.346.745

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN 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.	**CD20243602**			**DE FECHA**	8/05/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$4.000.000			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:**	$ 2.000.000
N° PAGO / N° DE INFORME::	2 DE 2	**Nº CRP:**	4000	**Nº CDP:**	510
PLAZO DEL CONTRATO	(2) DOS MESES	**FECHA DEL ACTA DE INICIO:**		09/05/2024	
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9468591676	**OPERADOR:**		APORTES EN LINEA	
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	**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 QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES DE JUNIO 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 articulo 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 (DOS) de 2 (DOS)

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

Powered by CamScanner

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
PT 2596444		VIÑAS MARQUEZ WILFRENDY ROCIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 29i numero 30b-69	SANTA MARTA-MAGDALENA	3024117593	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-05	10125894	9468591676	I	2024/06/14	2024/06/17	BANCO DE OCCIDENTE	3	$295,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing ret tde tae tdp tap vsp cor vst sln ige lma vac avp vct vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$953,334	$152,600			$953,334	$119,200			$0	$0			$953,334		$23,300		$0	$0		$295,100
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$953,334	$152,600			$953,334	$119,200			$0	$0			$953,334		$23,300		$0	$0		$295,100
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)						$953,334	$152,600			$953,334	$119,200			$0	$0			$953,334		$23,300		$0	$0		$295,100
1	PT	2596444	VIÑAS WILFRENDY X	25-14	22	$953,334	$152,600	EPS005	22	$953,334	$119,200		0	$0	$0	14-23	22	$953,334	2.436%	$23,300	0	$0	$0	No	$295,100
Total Afiliados(1)						$953,334	$152,600			$953,334	$119,200			$0	$0			$953,334		$23,300		$0	$0		$295,100

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
PT 2596444		VIÑAS MARQUEZ WILFRENDY ROCIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 29i numero 30b-69	SANTA MARTA-MAGDALENA	3024117593	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-05	10125894	9468591676	I	2024/06/14	2024/06/17	BANCO DE OCCIDENTE	3	$295,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$152,600	$400	$0	$153,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$152,600	$400	$0	$153,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$23,300	$100	$0	$23,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$23,300	$100	$0	$23,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$119,200	$300	$0	$119,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$119,200	$300	$0	$119,500
TOTAL				1	$295,100	$800	$0	$295,900

Powered by CamScanner

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20243602 DEL 2023.

NO. DEL CONTRATO	N° **CD20243602 DEL 2024**
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	WILFRENDY ROCIO VIÑAS MARQUEZ
NO. DE IDENTIDAD	700.346.745
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.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 4.000.000 Cuatro Millones de pesos m/cte
FORMA DE PAGO	2 pagos por valor de ($2.000.000) parciales, 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 del 30 de Junio del 2024.
CDP	510
REGISTRO PRESUPUESTAL	4000
FECHA DE ACTA DE INICIO	09/05/2024
FECHA DE TERMINACION CONTRATO	30 de Junio de 2024
SUPERVISOR DEL CONTRATO	**UNIDAD FUNCIONAL ENFERMERIA**

Entre los suscritos, **AURA STELLA DAZA PEÑA,** mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía número **36.541.888** expedida en Santa Marta, obrando en calidad de **PROF. ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL ENFERMERIA** quien actúa como supervisor del contrato Nª **CD20243602** por otra parte, **WILFRENDY ROCIO VIÑAS MAQUEZ**, identificado con la cedula de ciudadanía No. **700.346.745** 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 30 de Junio de 2024

AURA STELLA DAZA PEÑA
CC. 36.541.888
PROF. ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL ENFERMERIA

WILFRENDY ROCIO VIÑAS
CC. 700.346.745
CONTRATISTA

Powered by CamScanner

CUENTA DE COBRO

DATOS DEL CONTRATISTA		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 27/06/2024	
NOMBRES Y APELLIDOS:	WILFRENDY VIÑAS MARQUEZ	PT	700346745
		RUT:	700346745 - 3
CORREO ELECTRÓNICO:	wilfrendyvinasmarquez@gmail.com	TELÉFONO:	3024117593
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 29 I No. 30 B 79 SANTANA	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:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORRO	Nº CUENTA:	51600006832

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	CD20243602	Nº RP:	4000	Nº CDP:	510
¿ADICIÓN O PRORROGA?	NO	TIEMPO PRORROGADO		NO	
FECHA DE INICIO CONTRATO	9/05/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		30 DE JUNIO 2024	
N° CDP (ADICIÓN):	NO	OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ 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)	NO	PERIODO OBJETO DE COBRO:		JUNIO	
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO?		$ 2.000.000			

Firma del Contratista

Wilfrendy

WILFRENDY ROCIO VIÑAS MARQUEZ

C.C 700346745

Powered by CamScanner