SOI	
USUARIO	12558761
CLAVE	Helger1255_2024

	UCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	Código: GJC23F	Versión: 2
		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024	
		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/07/2024	

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.	**CD20242448**			**DE FECHA**		**31/03/2024**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$10.000.000			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:**		2.000.000
Nº PAGO / Nº DE INFORME::	4 DE 5	**Nº CRP:**	2859	**Nº CDP:**		510
PLAZO DEL CONTRATO	5 MES (ES)	**FECHA DEL ACTA DE INICIO:**		1/04/2024		
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 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 mi turno de acuerdo a la guía.
2	Proporcioné atención en enfermería a pacientes de consulta externa, hospitalizados según las necesidades físicas, fisiológica, psicológicas y sociales.
3	Ejecuté rutinas del servicio (toma de signos vitales, baño en cama, asisitir en la alimentación, toma de glucometría, cambios de posición, arreglo de la unidad, toma de muestra de laboratorio, realizar nopunción y verificar signos de flebitis, instalar y retirar infusiones de líquidos, 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	Recibí 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	Atendí 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 día para la fácil localización en casos de urgencias, para lo cual certifique mi número de teléfono.
14	Recibí y registre oportunamente los elementos de protección personal y cumplí 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 enfermería 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 lencerías de los servicios a efecos de reposición de ropas y de vestuario, relacionándose con los servicios de lavandería.
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 cumplí 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, guías y procedimientos requeridos en la prestación del servicio.
26	Reporté inmediatamente cualquier incapacidad a la profesional especializada de la unidad de enfermería.
27	Apliqué 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	Recibí 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	Garanticé la presencia oportuna, cuando se requiera hacer los procedimientos y laborales propias del auxiliar de enfermería 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	Garanticè que la prestación de servicio objeto del contrato cumplan estrictamente con las características 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 garantía 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 quirúrgicas, así como ayudar al Personal de enfermería en la ordenación de vitrinas.

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: 30/07/2024	

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.	**CD20242448**		**DE FECHA**		**31/03/2024**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$10.000.000		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:**		2.000.000
Nº PAGO / Nº DE INFORME::	4 DE 5	**Nº CRP:**	2859	**Nº CDP:**	510
PLAZO DEL CONTRATO	5 MES (ES)	**FECHA DEL ACTA DE INICIO:**		1/04/2024	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	AURA DAZA PEÑA				

39	Desarrollé 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 entregué 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 sanguíneas, autorización de procedimientos quirúrgicos y de anestesia, declaración de retiro voluntario estén diligenciados.
44	Llene el formato de transfusión sanguínea 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 clínicas de su consultorio (prestación de historias clínicas).
48	Surtì a los consultorios de materiales, equipos, etc.
49	Recibì al paciente y la programación de cirugía ambulatoria, verifiquè que no tenga accesorios, no uñas pintadas, no cabellos mojados, el paciente est e afectado en la zona de inserción, verificar los documentos de
51	Al recibir el paciente procedente de cirugía u otros servicios, verifique que la historia clínica estén todos los registros médicos y de enfermería estén lleno.
52	Respondì 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 enfermería
55	Desarrollè las actividades definidas de acuerdo a contratación 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 determine 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	Realicé 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:	4556481842		SOI	
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	
SALUD:	NUEVA EPS	17/07/2024	162.500	
PENSIÓN:	COLPENSIONES	17/07/2024	208.000	
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	17/07/2024	31.700	

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 periodo correspondiente

FIRMA DEL CONTRATISTA:	HELGER ASTOLFO ALARCON BRITO
Nº. IDENTIFICACIÓN:	C.C. 12.558.761

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: 30/07/2024	

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.	CD20242448		**DE FECHA**		31/03/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$10.000.000		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:**		2.000.000
Nº PAGO / Nº DE INFORME::	4 DE 5	**Nº CRP:**	2859	**Nº CDP:**	510
PLAZO DEL CONTRATO	5 MES (ES)	**FECHA DEL ACTA DE INICIO:**		1/04/2024	
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	4556481842	**OPERADOR:**		SOI	
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)

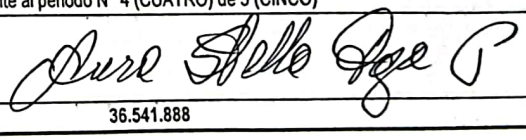
Nº DE PÓLIZA:	XX	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	XX
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**	XX

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE SE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DEL MES DE JULIO 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 4 (CUATRO) de 5 (CINCO)

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 IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	12558761
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			HELGER ASTOLFO ALARCON BRITO
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	CALLE 27 7 A 52 LA ESPERANZA	TELÉFONO:	4000000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	4556481842			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	Junio AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES Junio AÑO 2024
DÍAS DE MORA:			2		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/07/17	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	99993847795

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 400	$ 0	$ 208.000	$ 400	$ 208.400
SUBTOTALES:										$ 208.000	$ 400	$ 208.400

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	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	$ 300	$ 0	$ 162.500	$ 300	$ 0	$ 162.800
SUBTOTALES:													$ 162.500	$ 300	$ 0	$ 162.800

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 31.700	$ 31.700	$ 100	$ 0	$ 31.800
SUBTOTALES:									$ 31.700	$ 100	$ 0	$ 31.800

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES							
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	ICE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN								SALUD								ARP																							
																											ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 12558761	ALARCON BRITO HELGER ASTOLFO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN 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	$ 12558761	$ 31.700	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 403.000

Planilla Pagada

Powered by CamScanner

CUENTA DE COBRO

DATOS DEL CONTRATISTA		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/07/2024	
NOMBRES Y APELLIDOS:	HELGER ASTOLFO ALARCON BRITO	CC:	12558761
		RUT:	12558761-6
CORREO ELECTRÓNICO:	helgeralarconbrito@gmail.com	TELÉFONO:	3004687015
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 27 #7-52 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.

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORRO	N° CUENTA:	0570117170039210

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO							
N° DEL CONTRATO:	CD20242448	N° RP:	2859	N° CDP:	510	PLAZO - DURACIÓN: 5 MESES	
¿ADICIÓN O PRORROGA?	NO	TIEMPO PRORROGADO		NO		VALOR ADICIONADO: NO	
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/04/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31 DE AGOSTO DE 2024		VALOR DEL CONTRATO: 10.000.000	
N° 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.				
N° 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:		JULIO			
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO?		$ 2.000.000					

Firma del Contratista

HELGER ASTOLFO ALARCON BRITO
C.C 12.558.761

Powered by CamScanner