AV

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

NIT: 891780185
CARRERA 14 #23-42
4346262

AÑO: 2024 NÚMERO DE ACUERDO: 004 FECHA: 01/07/2024

REGISTROS PRESUPUESTALES No. 4278

LA PROFESIONAL UNIVERSITARIA DE PRESUPUESTO

CERTIFICA

CERTIFICADO DISPONIBILIDAD No.722

TERCERO: 1080421583 - CARO DE LA HOZ ELEINE SANDRID

QUE POR MEDIO DEL CUAL SE REGISTRA EN EL LIBRO DE PRESUPUESTO, LOS VALORES QUE SE RELACIONAN A CONTINUACION:

SERVICIO DE PERSONAL ADMINISTRATIVO DE ESTA ESE. SEGUN OPS 3910

VALOR: $ 2,100,000.00

DOS MILLONES CIEN MIL (PESOS)

Código Rubro	Descripción	Lugar	cod. CPC	descripción CPC	Valor
2.1.2.02.02.008.02	Servicios Personales Administrativos (Contador, Abogado, otros)	ESE JULIO MENDEZ BARRENECHE			2,100,000

Contrato	No. Contrato	Fecha Inicial	Fecha Final
PRESTACION DE SERVICIOS	3910		

LEDYS GALINDO MORALES
PROFESIONAL UNIVERSITARIO PRESUPUESTO

USUARIO IMPRIME: ANDRES JESUS ARMANDO GAMEZ AND
IMPRESO POR: Sistemas CitiSalud SAS
ELABORADO POR: ANDRES JESUS ARMANDO GAMEZ AND

PARA: SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
DE: GERENTE
ASUNTO: Designación de Supervisor

En calidad de ordenador del gasto me permito comunicarle que ha sido designado(a) como Supervisor del siguiente contrato:

CONTRATO	CONTRATISTA	OBJETO	PLAZO
CD20243910	ELEINE SANDRID CARO DE HOZ	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL GRUPO DE TRABAJO DE AUDITORIA (CUENTAS MEDICAS Y DEVOLUCIONES) EN LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.	Previa legalización, sin exceder el 31 de julio de 2024

En su actuación como Supervisor, está en la obligación de mantener un estricto control sobre la ejecución del objeto y obligaciones contractuales, por cuanto de conformidad con lo establecido en los artículos 51 y 56 de la Ley 80 de 1993, la Ley 1952 de 2019 y la Ley 1474 de 2011, el supervisor responderá disciplinaria, fiscal, civil y penalmente por sus acciones y omisiones en la actuación contractual, en los términos de la Constitución y la Ley.

Adicionalmente estará obligado a dar estricto cumplimiento a las obligaciones que defina la entidad a través del Manual de Contratación, el Manual de Supervisión e interventoría y las circulares que se expidan, y el Grupo de Trabajo de Contratación a través de la Oficina Asesora Jurídica y Control Disciplinario respecto de los asuntos referidos a la ejecución contractual y la etapa postcontractual.

Los supervisores están obligados a expedir los informes de supervisión y demás documentos de la ejecución contractual los cuales deberán presentarse dentro del término que se señale en el clausulado contractual o cuando sea requerido por el ordenador del gasto para que reposen en el expediente contractual de la Entidad.

Dentro de sus obligaciones principales está la vigilancia del cumplimiento del plazo de ejecución, de las obligaciones y del cronograma de actividades, si lo hubiere, así como informar al Grupo de Trabajo de Contratación cualquier acontecimiento que impida el normal desarrollo del contrato o convenio, estudiar las solicitudes, sugerencias, reclamaciones y consultas del contratista, exigir la documentación e información que estime pertinente y necesaria para el cabal cumplimiento de sus obligaciones como supervisor, exigir la acreditación del cumplimiento de las obligaciones adquiridas con el sistema de seguridad social integral y parafiscales según sea el caso, aprobar las solicitudes de pago, y todas las demás obligaciones que deban cumplir las partes y/o el contratista, señaladas en el respectivo contrato o convenio.

Una vez finalice el contrato o convenio cuya supervisión le corresponda, tendrá la obligación de expedir un informe final de supervisión, la certificación final de cumplimiento del objeto contractual y proyectar el acta de liquidación respectiva, en los casos que aplique, la cual deberá venir acompañada de la certificación de pagos y el certificado de saldos y pagos expedidos por el Grupo de Trabajo de Tesorería y el Grupo de Trabajo de Contabilidad.

Todos los documentos antes citados deberán ser remitidos al Grupo de Trabajo de Contratación para su revisión y trámite pertinente, con el fin de dar cumplimiento al procedimiento de liquidación contractual.

NORA ELVIRA ANILLO ROMERO
GERENTE (E)

ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20243910 DEL 2024

NO. DEL CONTRATO	**CD20243910**
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**ELEINE SANDRID CARO DE HOZ**
NO. DE IDENTIDAD	1080421583
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL GRUPO DE TRABAJO DE AUDITORIA (CUENTAS MEDICAS Y DEVOLUCIONES) EN LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	2100000
FORMA DE PAGO	El HUJMB cancelará al CONTRATISTA 1 cuota, por valor DOS MILLONES CIEN MIL PESOS M/L. ($2100000) correspondiente al mes de julio de conformidad con el informe de la ejecución de las actividades contractuales realizadas, previa certificación de cumplimiento expedida por parte del Supervisor del contrato.
PLAZO DE EJECUCIÓN	PREVIA LEGALIZACION DEL CONTRATO SIN EXCEDER EL 31 DE JULIO DE 2024
CDP	722
REGISTRO PRESUPUESTAL	4278
SUPERVISOR DEL CONTRATO	NORA ELVIRA ANILLO ROMERO

Entre los suscritos a saber **NORA ELVIRA ANILLO ROMERO** en su calidad de **GERENTE (E)** y quien actúa como Supervisor del contrato No. **CD20243910** y por la otra **ELEINE SANDRID CARO DE HOZ** en calidad de contratista quienes se reúnen para dar inicio al contrato en mención, cuyo objeto es el mencionado en la parte superior del presente documento.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta a los **1** días, del mes de julio del año **2024**.

SUPERVISOR,

NORA ELVIRA ANILLO ROMERO
C.C Nº. 45.523.791

CONTRATISTA,

ELEINE SANDRID CARO DE HOZ
1080421583

	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
ELEINE SANDRID CARO DE LA HOZ
CON C.C Nº 1080421583

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL GRUPO DE TRABAJO DE AUDITORIA (CUENTAS MEDICAS Y DEVOLUCIONES) EN LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20243910			DE FECHA		1/07/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	2.100.000			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:		2.100.000
N° PAGO / N° DE INFORME::	1 DE 1		Nº CRP:	4278	N° CDP:	722
PLAZO DEL CONTRATO	1 MES(ES)		FECHA DEL ACTA DE INICIO:		01/07/2024	
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		9469988753	OPERADOR:		APORTES EN LINEA	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		MARIO JAVIER MANCERA SIERRA				

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

UNA VEZ REVISADAS LAS ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA SE PUDO CONSTATAR EL CUMPLIMIENTO DE ESTAS.

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° 1 (UNO) de 1 (UNO)

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

	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
ELEINE SANDRID CARO DE LA HOZ
CON C.C Nº 1080421583

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL GRUPO DE TRABAJO DE AUDITORIA (CUENTAS MEDICAS Y DEVOLUCIONES) EN LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20243910		DE FECHA		1/07/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	2.100.000		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:		2.100.000
N° PAGO / N° DE INFORME::	1 DE 1	Nº CRP:	4278	Nº CDP:	722
PLAZO DEL CONTRATO	(1) UN MES(ES)	FECHA DEL ACTA DE INICIO:	01/07/2024		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIO JAVIER MANCERA SIERRA				

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

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	Recepcion de las glosas emitidas por las diferentes EPS que fueron recibidas por medios fisicos y electronicos en el mes de Julio; estas se montan en la malla institucional excel y enviadas a los auditores asignados.
2	Se realizaron mallas institucionales tipificaciones: ANAS WAYUU, 11 facturas- por $1.510.910
3	Se realizaron mallas institucionales tipificaciones: CAJACOPI 24 facturas – por $72.565.155
4	Se realizaron mallas institucionales tipificaciones: CAPITAL SALUD 1 factura por $2.422.500
5	Se realizaron mallas institucionales tipificaciones: CLINICA GENERAL DEL NORTE 98 facturas $3.473.824
6	Se realizaron mallas institucionales tipificaciones: COOSALUD 1280 facturas por $1.150.490
7	Se realizaron mallas institucionales tipificaciones: DISTRITO 145 facturas por $341.311.843
8	Se realizaron mallas institucionales tipificaciones: NUEVA EPS 202 facturas por $672.956.780
9	Se realizaron mallas institucionales tipificaciones: QUIMIOSALUD 8 facturas por $339.500
10	Se realizaron mallas institucionales tipificaciones: SANITAS 24 facturas por $618.280
11	Se realizaron mallas institucionales tipificaciones: SAVIA SALUD 46 facturas por $190.101.619

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9469988753	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COOSALUD	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 desarrolle las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social por el valor que exige la Ley, pago del cual anexo copia simple.

VII. ANEXOS
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soportan las actividades realizadas en el periodo correspondiente

FIRMA DEL CONTRATISTA:	Eleine Caro.
N°. IDENTIFICACIÓN:	1.080.421.583

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1080421583		CARO DE LA HOZ ELEINE SANDRID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 109b#14-26	SANTA MARTA-MAGDALENA	3244431494	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	782170140	9469988753	1	2024/07/19	2024/07/17	NEQUI	0	$402,200

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	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1080421583	CARO ELEINE	X																	25-14	30	$1,300,000	$208,000	ESSC24	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,300,000	$31,700	0	$0	$0	No	$402,200
Total Afiliados(1)																							$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0		$402,200

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1080421583		CARO DE LA HOZ ELEINE SANDRID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 109b#14-76	SANTA MARTA-MAGDALENA	3244431494	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	782170140	9469988753	I	2024/07/19	2024/07/17	NEQUI	0	$402,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$0	$0	$31,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$31,700	$0	$0	$31,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$402,200	$0	$0	$402,200

E.S.E. Hospital Universitario JULIO MÉNDEZ BARRENECHE	ACTA FINAL	CÓDIGO: GJC26F VERSIÓN: 01 FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024 Página 1 de 1

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20243910 DEL 2024

NO. DEL CONTRATO	**CD20243910 DEL 2024**
NOMBRE DEL CONTRATANTE	**ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**ELEINE SANDRID CARO DE LA HOZ**
NO. DE IDENTIDAD	**1.080.421.583**
OBJETO DEL CONTRATO	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL GRUPO DE TRABAJO DE AUDITORIA (CUENTAS MEDICAS Y DEVOLUCIONES) EN LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**2.100.000**
FORMA DE PAGO	**El HUJMB cancelará al CONTRATISTA 1 cuota(s), por valor de DOS MILLONES CIEN MIL PESOS M/L. ($2.100.000), de conformidad con el informe de la ejecución de las actividades contractuales realizadas, previa certificación de cumplimiento expedida por parte del Supervisor del contrato.**
PLAZO DE EJECUCIÓN	**PREVIA LEGALIZACION DEL CONTRATO SIN EXCEDER EL 31 DE JULIO 2024**
CDP	**722**
REGISTRO PRESUPUESTAL	**4278**
FECHA DE ACTA DE INICIO	**1 DE JULIO DE 2024**
FECHA DE TERMINACION CONTRATO	**31 DE JULIO DE 2024**
SUPERVISOR DEL CONTRATO	**PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL GRUPO DE TRABAJO DE CONTABILIDAD**

Entre los suscritos, **MARIO JAVIER MANCERA SIERRA** mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **85.203.465**, obrando en calidad de **PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL GRUPO DE TRABAJO DE CONTABILIDAD** quien actúa como supervisor del contrato **CD20243910 DEL 2024** por otra parte **ELEINE SANDRID CARO DE LA HOZ** identificado con la cedula de ciudadanía No. **1.080.421.583** 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 a los **31** días, del mes de **JULIO** del año **2024**.

SUPERVISOR,

MARIO JAVIER MANCERA SIERRA
85.203.465

CONTRATISTA,

ELEINE SANDRID CARO DE LA HOZ
1.080.421.583

CUENTA DE COBRO

DATOS DEL CONTRATISTA		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 29/07/2024	
NOMBRES Y APELLIDOS:	ELEINE SANDRID CARO DE LA HOZ	CC:	1080421583
		RUT:	1080421583-0
CORREO ELECTRÓNICO:	Eleinecaro6@gmail.com	TELÉFONO:	3244431494
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Cll 109 #14b-26 La paz	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:	Ahorros	N° CUENTA:	51767242046

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	CD20243910	N° RP:	4278	N° CDP:	722	PLAZO - DURACIÓN: 1 MES
¿ADICIÓN O PRORROGA?	NO	TIEMPO PRORROGADO		NO		VALOR ADICIONADO: NO
FECHA DE INICIO CONTRATO	1 DE JULIO DE 2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31 DE JULIO DE 2024		VALOR DEL CONTRATO: 2.100.000
N° CDP (ADICIÓN):	NO	OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL GRUPO DE TRABAJO DE AUDITORIA (CUENTAS MEDICAS Y DEVOLUCIONES) EN LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ 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?		2.100.000				

Eleine Caro.

Firma del Contratista

ELEINE SANDRID CARO DE LA HOZ
C.C 1.080.421.583