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
CARMEN LEONOR FAWCETT RUIZ
CON C.C Nº 36554068

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 ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20242395**			**DE FECHA**		**15/04/2024**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$10.000.000			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:**		$1.875.000
Nº PAGO / Nº DE INFORME::	3 DE 5		**Nº CRP:**	3693	**,Nº CDP:**	510
PLAZO DEL CONTRATO	(5) CINCO MES(ES)		**FECHA DEL ACTA DE INICIO:**	15/04/2024		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	AURA ESTELLA 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

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 turno de acuerdo a la guia.
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	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	Realice 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 entregue a los pacientes a los diferentes servicios con la lista de chequeo correspondiente
8	Asistr a la ronda médicas y durante los procedimientos de estos
9	Apoye 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	Realice 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	Observación y reporte de signos de alarma presentados por sus pacientes
12	Informe 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	Atendi a los pacientes con trato humanizado en el turno y / o área a asignada de la E.S.E
15	Realizce asepsia general semanal y diaria cuando egrese el paciente, registrar en el formato correspondiente.
16	Clasifique, ordene y controle las lencerías de los servicios a efectos de reposición de ropas y de vestuario, relacionándose con los servicios de lavandería.
17	Realice 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, registre oportunamente los elementos de protección personal y cumplir con el correcto uso de estos.
19	Haci los usos correctos de administración de medicamentos
20	Adherencia a protocolos, guías y procedimientos requeridos en la prestación del servicio.
21	Condugue a los usuarios a los distintos servicios y a otras instituciones de salud.
22	Informar a la enfermera y médico de la fuga del paciente
23	Realice seguimiento a la administración de los medicamentos por la enfermera (farmacovigilancia)
24	Realice procesos de esterilización del instrumental, insumos y dispositivos médicos, comprobar el correcto empaquetamiento de este y el cumplimiento de los registros específicos.
25	Prepare 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.
26	Clasifique 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.
27	Proporcione desde la zona intermedia todo el material necesario para la intervención (hojas bisturíes, apósitos...), y mantiene la zona repuesta, limpia y ordenada.
28	Trasladar al paciente a quirófano y realizar el monitoreo completo (pulsioxímetro, tensiómetro, electrodos, placa de bisturí) para iniciar ´procedimientos quirúrgicos (..
29	Asegure el correcto etiquetado de las muestras biológicas obtenidas durante la intervención y de su envío a los laboratorios correspondientes (Anatomía Patológica, Microbiología, etc.).
30	Revise el funcionamiento de los equipos y elementos que se encuentran en la ambulancia y otros servicios: pulsoxímetro, aspirador, tensiómetro, el desfibrilador, etc.
31	Ayude al médico en las maniobras de "soporte vital básico" (SVB) y "soporte vital avanzado" (SVA) que se aplique al enfermo crítico.
32	Movilizar e inmovilizar al paciente con seguridad y rapidez, en problemas traumatológicos y psiquiátrico. etc,
33	Al realizar 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.
34	Preparación del paciente para procedimientos quirúrgicos y medios de diagnósticos como TAC, ecografías, estudios especializados y otros.
35	Llevar el registro de verificación de los pacientes que van para procedimientos quirúrgicos (lista de chequeos).
36	Verificar que este diligenciado el consentimiento para transfusiones sanguíneas, autorización de procedimientos quirúrgicos y de anestesia, declaración de retiro voluntario estén diligenciados.
37	38. Llenar el formato de transfusión sanguínea antes, durante y después de la transfusión.
38	Preparación del equipo y paciente antes, durante y después de la atención del parto.
39	Actualización de Kardex y tarjetas de medicamento si la enfermera no se encuentra o está ocupada
40	Controlar las entradas y salidas de historias clínicas de su consultorio (prestación de historias clínicas).
41	Surtir a los consultorios de materiales, equipos, etc.
42	Garantizar la presencia oportuna, cuando se requiera hacer los procedimientos y labores propias del auxiliar de enfermería en cualquier servicio de la E.S.E
43	Recoger las facturas de los pacientes y verificar que estos aparezca en el sistema.
44	Al recibir el paciente procedente de cirugía u otros servicios, verificar que la historia clínica estén todos los registros médicos y de enfermería estén lleno.
45	Uso adecuado y racional de elementos, recursos y demás medios institucionales.
46	Recibir 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

	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
CARMEN LEONOR FAWCETT RUIZ
CON C.C Nº 36554068

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 ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20242395**		**DE FECHA**		**15/04/2024**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$10.000.000		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:**		$1.875.000
N° PAGO / N° DE INFORME::	3 DE 5	**Nº CRP:**	3693	**N° CDP:**	510
PLAZO DEL CONTRATO	(5) CINCO MES(ES)	**FECHA DEL ACTA DE INICIO:**	15/04/2024		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	AURA ESTELLA DAZA PEÑA				

47	**Responder por las 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**
48	**Tener comunicación las 24 horas del día para su fácil localización en casos de urgencias, para lo cual deberán certificar el número telefónico.**
49	**Bajo 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.**
50	**La suspensión, 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.**
51	**El valor mensual facturado dependerá de las actividades contratadas y cumplidas por parte del contratista y verificados por el supervisor del contrato**
52	**Reportar inmediatamente cualquier incapacidad a la profesional especializada de la unidad de enfermería**
53	**Desarrollar las actividades definidas de acuerdo a contratación definido por partes con las agendas de turno y horas establecidas mensuales (192h)**
54	**Asistencia a capacitaciones, programas de formación continua, y apropiación de procesos de inducción y reinducción.**
55	**Garantizar 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.**
56	**Realizar 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:	**9468753019**	**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**NUEVA EPS**	**24/06/2024**	**$ 162.500**
PENSIÓN:	**PORVENIR**	**24/06/2024**	**$ 208.000**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**24/06/2024**	**$ 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 período correspondiente

FIRMA DEL CONTRATISTA:	Carmen Fawcett Ruiz
N°. IDENTIFICACIÓN:	36554068

ESE 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

CARMEN LEONOR FAWCETT RUIZ

CON C.C Nº 36.554.068

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.	**CD20242395**			**DE FECHA**	**15/04/2024**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$ 10.000.000			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:**	$1.875.000
N° PAGO / N° DE INFORME::	3 DE 5	**Nº CRP:**	3693	**Nº CDP:**	510
PLAZO DEL CONTRATO	(5) CINCO MESES	**FECHA DEL ACTA DE INICIO:**		**15/04/2024**	
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9468753019	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	AURA ESTELLA 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)

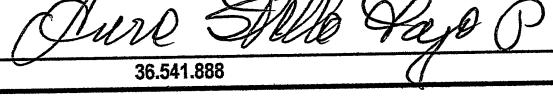
N° DE PÓLIZA:	XX	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	XX
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**	XX

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICAQUE 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 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**

Resumen General de Pago

aportes en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CG 36554068		FAWCETT RUIZ CARMEN LEONOR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MZ 1 CASA 10 SANTA LUCIA	SANTA MARTA-MAGDALENA	4351673	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	725225982	9468753019	I	2024/06/19	2024/06/24	NEQUI	5	$404,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500
1	CC	36554061	FAWCETT CARMEN	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS037	30	$1,300,000	$162,500
Total	**Afiliados(1)**					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500

EMPLEADO	CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
1		0	$0	$0	14-23	30	$1,300,000	$31,700	0	$0	$0
Total			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0

PLANILLA PAGADA

2024/06/23 08:21 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 36554068		FAWCETT RUIZ CARMEN LEONOR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MZ I CASA 10 SANTA LUCIA	SANTA MARTA-MAGDALENA	4351673	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	725225982	9468753019	I	2024/06/19	2024/06/24	NEQUI	5	$404,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$900	$0	$208,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$900	$0	$208,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$200	$0	$31,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$31,700	$200	$0	$31,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$700	$0	$163,200
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$162,500	$700	$0	$163,200
TOTAL			*	1	$402,200	$1,800	$0	$404,000

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

CUENTA DE COBRO

DATOS DEL CONTRATISTA			FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 27/06/2024
NOMBRES Y APELLIDOS:	CARMEN LEONOR FAWCETT RUIZ	**CC:**	36554068
		RUT:	36554068-9
CORREO ELECTRÓNICO:	carmenf3011@hotmail.com	**TELEFONO:**	3054091695
DIRECCIÓN DOMICILIO:	manzana I casa 10 santa lucia	**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 DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORRO	N° CUENTA:	117100082736

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	CD20242395	**Nº RP:**	3693	**N° CDP:**	510	**PLAZO - DURACIÓN: 5 MESES**
¿ADICIÓN O PRORROGA?	NO	**TIEMPO PRORROGADO**		NO		**VALOR ADICIONADO:** NO
FECHA DE INICIO CONTRATO	**15/04/2024**	**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 ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ 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 DE 2024		
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO?			**$ 1.875.000**			

Firma del Contratista

CARMEN LEONOR FAWCETT RUIZ
C.C 36554068