CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y MARCELA PUELLO CONSTANTE Identificado con C.C. 1083011881

Fecha de Diligenciamiento:	2024-10-28

I. DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.

N° CONTRATO:	CD20244676	RP:	5771	CDP:	780
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	6.200.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:		3.100.000,00	
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2024-09-09	FECHA DE FINALIZACION:		2024-10-31	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	NINA VANESSA DIAZ ACOSTA				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR CONTRATO CON ADICION:	0,00

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

IV. CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS

1. El contrato se encuentra debidamente legalizado: SI
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: SI
3. Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en su respectiva carpeta contractual: SI
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: SI

Teniendo en cuenta lo anterior, en mi calidad de supervisor doy visto bueno para el respectivo pago correspondiente al periodo del mes de Octubre

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

NINA VANESSA DIAZ ACOSTA
36727527
UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA

Powered by CamScanner

MARCELA PUELLO CONSTANTE
1083011881
N/A
N/A
MPUELLOCONSTANTE@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2024-10-28**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	MARCELA PUELLO CONSTANTE		
DOCUMENTO:	1083011881		
DIRECCIÓN:	N/A	TELÉFONO:	N/A
CORREO ELECTRONICO:	MPUELLOCONSTANTE@GMAIL.COM		

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que en la declaración de renta del año gravable 2024 no tomaré costos y deducciones

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° CONTRATO:	CD20244676
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.

RP:	5771	CDP:	780	FECHA INICIO:	2024-09-09	FECHA FINAL:	2024-10-31

VALOR CONTRATO:	6.200.000,00	VALOR A PAGAR:	3.100.000,00

BANCO A CONSIGNAR:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	055048843348462

CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00

PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Octubre**

FIRMA

Marcela Puello Constante

MARCELA PUELLO CONSTANTE
C.C. 1083011881 expedida en SANTA MARTA

Powered by CamScanner

HUMB JULIO MENDEZ BARRENECHE	FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	CODIGO GJC23F VERSION 003 FECHA DE ULTIMA REVISION 22/08/2024 PAGINA 1 de 1

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

MARCELA PAOLA PUELLO CONSTANTE

CON C.C Nº 1,083,011,881

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20244678	DE FECHA INICIO	9/9/2024

ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades especificas del objeto del contrato)
1	Planie, organice, dirigí, realice las gestiones necesarias para lograr el funcionamiento de los servicios de acuerdo a los planes y programas establecidos.
2	Solucioné los problemas detectados o comunicados; si están fuera de su alcance derivarlos al nivel jerárquico correspondiente (coordinadores de áreas)
3	Realicé Rondas de Seguridad de Paciente diaria: Identificación de paciente, Venopunciones, Equipos invasivos, segregación de residuos hospitalarios, orden y aseo de los servicios
4	Supervisé que la entrega y recibo de turno se realice de acuerdo al protocolo establecido por la institución.
5	Verifiqué la aplicación de listas de chequeo para el control en la prevención de infecciones y procesos básicos de Enfermería.
6	Velé por el cumplimiento de los protocolos, procesos y formatos de los diferentes servicios.
7	Comprobé la realización de la asepsia en los diferentes servicios y que se encuentre bien organizado los sitios de trabajo.
8	y egreso de pacientes, bitácoras de enfermería, registros de elementos de protección personal, asignación de pacientes y roles, reservas de hemoderivados, lavanderia, muestras sanguineas, etc.
9	Vigilé el uso adecuado de registros de enfermería: Expediente clínico, censo, registros estadísticos, planes de asignación, rotación y otros.
10	Verifiqué la actualización diaria de los registros de los pacientes en el tablero con camas reservadas
11	Supervisé que el personal a cargo cumpla con sus funciones asignadas.
12	Detecté la necesidad de material/equipo de los servicios y gestionar la adquisición.
13	Vigilé la hora y la administración correcta de prescripciones médicas
14	Verifiqué que se cumpla con la notificación inmediata de los eventos adversos y/o incidentes que se presenten en la atención del paciente.
15	Participé en la actualización de documentos e instrumentos técnico administrativo de la unidad de Enfermería.
16	Informé al jefe inmediato de forma escrita de cualesquiera anomalías que se presente en los servicios.
17	Participé en las reuniones internas de la institución y que sean delegada por la jefe inmediata.
18	Participé en la actualización de los protocolos, guías e instructivos manejados por la institución
19	Supervisé el cumplimiento en la recepción, devolución, preparación y administración de medicamentos.
20	Vigilé el confort del cliente externo: Supervise el baño diario, arreglo de la unidad, cambio de posición (prevención de ulceras por presión), Supervisar que tipo de Alimentación se está suministrando al paciente.
21	Verifiqué la preparación adecuada de los estudios y cirugía.
22	Verifiqué, realice y gestione el registro de eventos adversos, e incidentes y de infecciones intrahospitalarias presentados en el servicio.
23	Gestioné la realización de estudios diagnóstico, estudios especiales e interconsultas, etc.
24	Proporcioné orientación a los estudiantes y al personal de inducción
25	Gestione oportunamente las órdenes de transfusiones indicada para cada paciente y verificación de este procedimiento
26	Verifiqué la Actualización de Kardex, tarjeta de medicamentos, hoja de tratamiento, control y distribución de liquidos esté diligenciada como es debido.
27	Gestioné la asignación de las camas del servicio y a otro servicio
28	Verifiqué el registro de las curaciones de las enfermeras asistenciales
29	Asistí a las rondas médicas y de enfermería de su área para conocer el proceso de cuidado de estos pacientes.
30	Notifique los daños a mantenimiento, realice ronda conjuntamente con mantenimiento.
31	Informe por escrito, diariamente a coordinación los inconvenientes presentados en cada servicio.
32	Verifique el cumplimiento de la presentación personal de enfermería
33	Recibí y entregue turno de acuerdo a la guía institucional.
34	Asigne pacientes, consultorios al personal de auxiliar de Enfermería y enfermera asistencial antes de la ronda de Enfermería
35	Propicie un ambiente agradable, utilizando siempre la comunicación asertiva tanto con paciente, familiar y grupo de trabajo

Powered by CamScanner

72	Apoyé a los estudiantes en práctica que hagan parte de la relación docencia servicio
73	Reporté a biomédicos y mantenimiento en casos que se presente algún inconveniente con los equipos e infraestructura.
74	Verifiqué que el paciente que egrese se le entregue ordenes médica, epicrisis, incapacidades, resumen de procedimientos, formato de patología, controles médicos y entre otros.
75	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
76	Integral de Atención Materno Perinatal, Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna y Estrategia Hospital Padrino, según su competencia.
77	Participé en la elaboración de documentos institucionales referentes a la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal, Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna y Estrategia Hospital Padrino.
78	Garanticé la participación a las actividades referentes a la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal, Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna y Estrategia Hospital Padrino, dirigida al personal de la institución e instituciones apadrinadas.
79	la Reducción de la Mortalidad Materna y Estrategia Hospital Padrino, por parte del Ministerio de Salud o de las Instituciones Asesoras (Superpadrinos).
80	Capacité al personal asistencial (enfermeras) sobre colocación de implante sub dérmico y aplicación de métodos de anticoncepción.
81	de la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal, Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna y Estrategia Hospital Padrino.
82	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.
83	Asistí a capacitaciones, programas de formación continua, y apropiación de procesos de inducción y reinducción.
84	Las demás que determine el Gerente, el Supervisor y que se deriven de las necesidades de la E.S.E.

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	4568446171	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	CAJACOPI	6/9/2024	162.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	6/9/2024	208.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	11/10/2024	31.700

IV.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.

V. 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:	1,083,011,881

Powered by CamScanner

Bancoomeva

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1083011881	
		MARCELA PAOLA PUELLO CONSTANTE	
SANTA MARTA	DEPARTAMENTO	MAGDALENA	
SANTA MARTA	TELÉFONO	4000000	
DEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	INDEPENDIENTE	
PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA	Comercio al por mayor de computadores, equipo per	
ÚNICO		NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA	4568446171	TIPO DE PLANILLA		MES	INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS		PERIODO COTIZACIÓN SALUD			2024
DIAS DE MORA:					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)	2024/09/06	NUMERO AUTORIZACIÓN			999992656

MES	septiembre	AÑO	2024
	septiembre	AÑO	2024

TOTAL APORTES A PENSIÓN

No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	MORA	FSP	APORTES	MORA	TOTALES VALOR PAGADO
1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	$ 208.000	$ 0	$ 208.000
									$ 208.000	$ 0	$ 208.000

TOTAL APORTES A SALUD

No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	APORTES	MORA	TOTALES DESCUENTO	VALOR PAGADO
1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500
											$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

NOVEDADES ADMIN	DIAS COT	IBC	SEGURIDAD SOCIAL PENSIÓN COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	PARAFISCALES CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
25-14 COLPENSI ONES	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	CCFC55-CAJACOPI EPS S.A.S	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL **$ 370.500**

SOI

Powered by CamScanner

Bancoomeva

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

CÉDULA DE CIUDADANÍA	NUMERO DE IDENTIFICACION
SANTA MARTA	DEPARTAMENTO
SANTA MARTA	TELÉFONO
02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE
PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA
UNICO	

1083011861
MARCELA PAOLA PUELLO CONSTANTE
MAGDALENA
4000000
1-INDEPENDIENTE
Comercio al por mayor de computadores, equipo per
NO

NUMERO PLANILLA
PERIODO COTIZACIÓN OTROS
DIAS DE MORA
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):
NUMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA

MES septiembre AÑO 2024

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

4573744911 TIPO DE PLANILLA
2024 PERIODO COTIZACIÓN SALUD
0
2024/10/11 NUMERO AUTORIZACIÓN
4568446171 FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA

MES septiembre AÑO 2024

N.CORRECCIONES
999312373
2024/09/06

ADMINISTRADORA
NOMBRE

TOTAL APORTES A PENSIÓN

No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	MORA	FSP	APORTES	TOTALES MORA	VALOR PAGADO
1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
									$ 0	$ 0	$ 0

ADMINISTRADORA
NOMBRE

TOTAL APORTES A SALUD

No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	APORTES	MORA	TOTALES DESCUENTO	VALOR PAGADO
1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
											$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

ADMINISTRADORA
NOMBRE

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	APORTES	MORA	TOTALES DESCUENTO	VALOR PAGADO
1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 31.700	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 31.700
							$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 31.700

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE						NOVEDADES											SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES				
																	PENSIÓN								SALUD						ARP							CCF	SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																	FSP		APORTES VOLUNTARIOS																						
MES	DEPENDENCIA	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
	INDEPEND		$ 1.300.000		NO	01							A										25-14 COLPENSIONES	30	1,300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	CCFC55-CAJACOPI EPS S.A.S	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-23-POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A.	0	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
	INDEPEND CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 1.300.000		NO	01							C										25-14 COLPENSIONES	30	1,300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	CCFC55-CAJACOPI EPS S.A.S	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-23-POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000	01	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
	INDEPEND CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 1.300.000		NO	01							R										25-14 COLPENSIONES	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 0	CCFC55-CAJACOPI EPS S.A.S	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	14-23-POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000	01	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL **$ 31.700**

Powered by CamScanner

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

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20244676 DEL 2024

NO. DEL CONTRATO	CD20244676 DE 2024
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	MARCELA PAOLA PUELLO CONSTANTE
NO. DE IDENTIDAD	1.083.011.881
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	SEIS MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS ($6.200.000)
FORMA DE PAGO	2 cuotas por valor de TRES MILLONES CIEN MIL PESOS M/L. ($3.100.000), 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 31 de OCTUBRE de 2024.
CDP	780
REGISTRO PRESUPUESTAL	5771
FECHA DE ACTA DE INICIO	09 DE SEPTIEMBRE DE 2024
FECHA DE TERMINACION CONTRATO	31 DE OCTUBRE DE 2024
SUPERVISOR DEL CONTRATO	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA

Entre los suscritos, **NINA VANESSA DIAZ ACOSTA**, mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **CC. 36.727.527**, expedida en Santa Marta, obrando en calidad de Subgerente cientifica, quien actúa como supervisor del contrato **CD20244676**, por otra parte, **MARCELA PAOLA PUELLO CONSTANTE**, identificado con la cedula de ciudadania **No. 1.083.011.881** 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 **OCTUBRE** del año **2024**.

SUPERVISOR,

NINA VANESSA DIAZ ACOSTA
CC.36.727.527

CONTRATISTA,

MARCELA PAOLA PUELLO CONSTANTE
CC. 1.083.011.881

Powered by CamScanner