| | | | |
|---|---|---|---|
| E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE | FORMATO INFORME DE SUPERVISOR | Código: GJC22F | Versión: 1 |
| | | FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/01/2024 | |

**CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y RANDY FERNEY SIERRA NUÑEZ identificado con C.C. 1082943742**

| Fecha de Diligenciamiento: | 2024-10-28 |
|---|---|

## I. DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| | |
|---|---|
| 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. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| N° CONTRATO: | CD20242547 | RP: | 2952 | CDP: | 510 |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO: | 14.000.000,00 | VALOR DE HONORARIOS PERIODO: | 2.000.000,00 | | |
| FECHA DEL ACTA DE INICIO: | 2024-04-01 | 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: | 1012 | RP - ADICION: | 5573 | VALOR CONTRATO CON ADICION: | 4.000.000,00 |

## 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

RANDY FERNEY SIERRA NUÑEZ
1082943742
MZ 18 CASA 11 URB EL PARQUE
3016688411
RANDISIERRAN@GMAIL.COM

# CUENTA DE COBRO

## DATOS PERSONALES

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Diligenciamiento:** | **2024-10-28** | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS: | RANDY FERNEY SIERRA NUÑEZ | | |
| DOCUMENTO: | 1082943742 | | |
| DIRECCIÓN: | MZ 18 CASA 11 URB EL PARQUE | TELÉFONO: | 3016688411 |
| CORREO ELECTRONICO: | RANDISIERRAN@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: | CD20242547 |
| 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. |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| RP: | 2952 | CDP: | 510 | FECHA INICIO: | 2024-04-01 | FECHA FINAL: | 2024-10-31 |

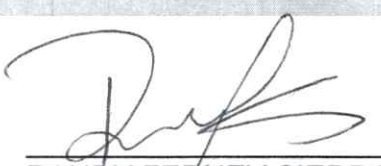
| | | | |
|---|---|---|---|
| VALOR CONTRATO: | 14.000.000,00 | VALOR A PAGAR: | 2.000.000,00 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| BANCO A CONSIGNAR: | DAVIVIENDA | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | No. CUENTA: | 050117100078619 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CDP - ADICION: | 1012 | RP - ADICION: | 5573 | VALOR ADICION: | 4.000.000,00 |

| | |
|---|---|
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **Octubre** |

## FIRMA



RANDY FERNEY SIERRA NUÑEZ
C.C. 1082943742 expedida en SANTA MARTA

| | | |
|---|---|---|
| E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO | CODIGO: GJC23F<br>VERSION: 003<br>FECHA DE ULTIMA REVISION: 22/08/2024<br>PAGINA 1 de 1 |

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

**RANDY FERNEY SIERRA NUÑEZ**

**CON C.C N° 1.082.943.742**

**I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PESTACION 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.** | **CD20242547** | **DE FECHA INICIO** | **1/4/2024** |

| 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 | Recibi y entregue el 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 | Realize las respectivas solicitud y devoluciones a farmacia de insumos o medicamentos del paciente que ingrese y egrese bajo supervicion de enfermera. |
| 7 | Asisti a la ronda médicas y durante los procedimientos de estos |
| 8 | 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 |
| 9 | Realizar 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 |
| 10 | Observación y reporte de signos de alarma presentados por sus pacientes |
| 11 | Observación y reporte de signos de alarma presentados por sus pacientesincidentes, eventos adversos y participar en reuniones para estudio de estos y todos los que deriven de la atención del paciente |
| 12 | Informar a la profesional especializada de seguridad del paciente los incidentes, eventos |
| 13 | Proporcionar orientación al paciente y familiar |
| 14 | Realizar asepsia general semanal y diaria cuando egrese el paciente. Atender a los pacientes con trato humanizado en el turno y / o área a asignada de la E.S.E |
| 15 | Realizar asepsia general semanal y diaria cuando egrese el paciente, registrar en el formato correspondiente |
| 16 | cualquier otro procedimiento y manejo de ropa sucia. |
| 17 | Realizar 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 | Recibir, registrar oportunamente los elementos de protección personal y cumplir con el correcto uso de estos |
| 19 | Hacer los usos correctos de administración de medicamentos |
| 20 | Adherencia a protocolos, guías y procedimientos requeridos en la prestación del servicio. |
| 21 | Conducir a los usuarios a los distintos servicios y a otras instituciones de salud. |
| 22 | Arreglo del cadáver y entregarle al familiar todas las pertenencias del paciente fallecido |
| 23 | Informar a la enfermera y médico de la fuga del paciente |
| 24 | Realizar seguimiento a la administración de los medicamentos por la enfermera (farmacovigilancia |
| 25 | Realizar procesos de esterilización del instrumental, insumos y dispositivos médicos, comprobar el correcto empaquetamiento de este y el cumplimiento de los registros específicos. |
| 26 | y otro material). Colocar los controles químicos y biológicos necesarios, Poner las fechas de envasado, Cerrar los sobres de material. |
| 27 | Clasificar el material de esterilización, comprobar el correcto empaquetamiento, Introducir los diferentes paquetes según características. |
| 28 | Trasladar al paciente a quirófano y realizar el monitoreo completo (pulsioxímetro, tensiómetro, electrodos,para iniciar "procedimientos quirúrgicos |
| 29 | Proporciona desde la zona intermedia todo el material necesario para la intervención (hojas bisturíes, apósitos...), y mantiene la zona repuesta, limpia y ordenada. |
| 30 | Asegurar el correcto etiquetado de las muestras biológicas obtenidas durante la intervención y de su envío a los laboratorios correspondientes (Anatomía Patológica, Microbiología, etc.). |
| 31 | Revisar el funcionamiento de los equipos y elementos que se encuentran en la ambulancia y otros servicios: pulsoxímetro, aspirador, tensiómetro, el desfibrilador, etc. |
| 32 | Ayudar al médico en las maniobras de "soporte vital básico" (SVB) y "soporte vital avanzado" (SVA) que se aplique al enfermo crítico |
| 33 | Movilizar e inmovilizar al paciente con seguridad y rapidez, en problemas traumatológicos y psiquiátrico. Etc |
| 34 | 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 anglocath No. 18 y reciente. |
| 35 | Preparación del paciente para procedimientos quirúrgicos y medios de diagnósticos como TAC, ecografías, estudios especializados y otros. |
| 36 | Llevar el registro de verificación de los pacientes que van para procedimientos quirúrgicos (lista de chequeos) |
| 37 | Verificar que este diligenciado el consentimiento para transfusiones sanguíneas, autorización de procedimientos quirúrgicos y de anestesia, declaración de retiro voluntario estén diligenciados |
| 38 | Llenar el formato de transfusión sanguínea antes, durante y después de la transfusión. |
| 39 | Preparación del equipo y paciente antes, durante y después de la atención del parto. |
| 40 | Atención del Recién Nacido |
| 41 | Preparar el equipo y a la paciente para el monitoreo fetal |
| 42 | Actualización de Kardex y tarjetas de medicamento si la enfermera no se encuentra o está ocupada |
| 43 | Controlar las entradas y salidas de historias clínicas de su consultorio (prestación de historias clínicas) |
| 44 | Controlar las entradas y salidas de historias clínicas de su consultorio (prestación de historias clínicas) |
| 45 | Recibir al paciente y la programación de cirugía ambulatoria, verificar que no tenga accesorios, no unas pintadas, no cabellos mojados, el paciente este afectado en la zona de inserción, verificar los documentos de este, que estén completos y actualizados, hacer las notas de enfermería, verificar la autorización para la cirugía. Admisionar y trasladar al piso correspondiente |
| 46 | 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 |
| 47 | Recoger las facturas de los pacientes y verificar que estos aparezca en el sistema. |
| 48 | Uso adecuado y racional de elementos, recursos y demás medios institucionales. |
| 49 | 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 |
| 50 | Tener comunicación las 24 horas del día para su fácil localización en casos de urgencias, para lo cual deberán certificar el número telefónico |
| 51 | 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 |
| 52 | Tener comunicación las 24 horas del día para su fácil localización en casos de urgencias, para lo cual deberán certificar el número telefónico |

| | |
|---|---|
| 53 | 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. |
| 54 | El valor mensual facturado dependerá de las actividades contratadas y cumplidas por parte del contratista y verificados por el supervisor del contrato |
| 55 | Asistencia a capacitaciones, programas de formación continua, y apropiación de procesos de inducción y reinducción. |
| 56 | Asistencia a capacitaciones, programas de formación continua, y apropiación de procesos de inducción y reinducción. |
| 57 | 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. |
| 58 | 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. |

## III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | 9476134790 | OPERADOR: | APORTE EN LINEA |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | SANITAS | 28/10/2024 | 162.500 |
| PENSIÓN: | PROTECCION | 28/10/2024 | 208.000 |
| RIESGOS LABORALES: | POSITIVA ARL | 28/10/2024 | 31.700 |

## IV.DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé 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.
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: | RANDY FERNEY SIERRA NUÑEZ |
| N°. IDENTIFICACIÓN: | C. C. 1082943742 |

Aportes en línea

# Resumen General de Pago

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1082943742 | | SIERRA NUÑEZ RANDY FERNEY | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | cll 29 # 19 35 | SANTA MARTA-MAGDALENA | 5555555 | No |

## DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-09 | 2024-09 | 1000000153 | 9476134790 | I | 2024/10/09 | 2024/10/28 | BANCO DE BOGOTA | 19 | $407,900 |

## LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Dias | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | $31,700 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | $31,700 | | $0 | $0 |
| Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA ( 1 Afiliados) | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | $31,700 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 1082943742 | SIERRA RANDY | 230201 | 30 | $1,300,000 | $208,000 | EPS005 | 30 | $1,300,000 | $162,500 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $1,300,000 | $31,700 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | $31,700 | | $0 | $0 |



2024/10/28 11:14 AM

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1082943742 | | SIERRA NUÑEZ RANDY FERNEY | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | cll 29 # 19 35 | SANTA MARTA-MAGDALENA | 5555555 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-09 | 2024-09 | 1000000153 | 9476134790 | I | 2024/10/09 | 2024/10/28 | BANCO DE BOGOTA | 19 | $407,900 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $208,000 | $2,900 | $0 | $210,900 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 1 | $208,000 | $2,900 | $0 | $210,900 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $31,700 | $500 | $0 | $32,200 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $31,700 | $500 | $0 | $32,200 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $162,500 | $2,300 | $0 | $164,800 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $162,500 | $2,300 | $0 | $164,800 |
| TOTAL | | | | 1 | $402,200 | $5,700 | $0 | $407,900 |

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

## ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20242547 DEL 2024

| | |
|---|---|
| **NO. DEL CONTRATO** | **CD20242547 DE 2024** |
| **NOMBRE DEL CONTRATANTE** | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | **RANDY FERNEY SIERRA NUÑEZ** |
| **NO. DE IDENTIDAD** | **1082943742** |
| **OBJETO DEL CONTRATO** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE. |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO** | CATORCE MILLONES DE PESOS ($14.000.000) |
| **FORMA DE PAGO** | 7 cuotas por valor de DOS MILLONES DE PESOS ($2.000.000), 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** | 510 |
| **CDP ADICION** | 1012 |
| **REGISTRO PRESUPUESTAL** | 2952 |
| **REGISTRO PRESUPUESTAL ADICION** | 5573 |
| **FECHA DE ACTA DE INICIO** | 01 DE ABRIL 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 **CD20242547,** por otra parte, **RANDY FERNEY SIERRA NUÑEZ** identificado con la cedula de ciudadanía No. **1.082.943.742** 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, (E)

**NINA VANESSA DIAZ ACOSTA**
**CC36.727.527**

CONTRATISTA,

**RANDY FERNERY SIERRA NUÑEZ**
**CC. 1.082.943.742**

COPIA CONTROLADA