| | | | |
|---|---|---|---|
| HJMB 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 MAITE ELENA ESTRADA GRANADOS identificado con C.C. 36666916**

| Fecha de Diligenciamiento: | 2024-11-26 |
|---|---|

## 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: | CD20244942 | RP: | 6113.0 | CDP: | 1464 |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO: | 4.000.000,00 | VALOR DE HONORARIOS PERIODO: | | | 2.000.000,00 |
| FECHA DEL ACTA DE INICIO: | 2024-10-12 | FECHA DE FINALIZACION: | | | 2024-11-30 |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | AURA STELLA DAZA PEÑA | | | | |
| 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 Noviembre

## V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

AURA STELLA DAZA PEÑA
36541888
UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA

Scanned with CamScanner

**MAITE ELENA ESTRADA GRANADOS**
**36666916**
**CLLE8KRA 7#7-22**
**3114163144**
**MAIESTRADA@HOTMAIL.COM**

# CUENTA DE COBRO

## DATOS PERSONALES

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Diligenciamiento:** | **2024-11-26** | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS: | MAITE ELENA ESTRADA GRANADOS | | |
| DOCUMENTO: | 36666916 | | |
| DIRECCIÓN: | CLLE8KRA 7#7-22 | TELÉFONO: | 3114163144 |
| CORREO ELECTRONICO: | MAIESTRADA@HOTMAIL.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: | CD20244942 |
| 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: | 6113. | CDP: | 1464 | FECHA INICIO: | 2024-10-12 | FECHA FINAL: | 2024-11-30 |

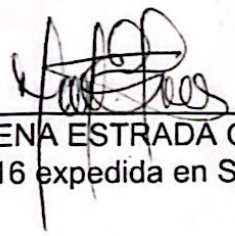
| | | | |
|---|---|---|---|
| VALOR CONTRATO: | 4.000.000,00 | VALOR A PAGAR: | 2.000.000,00 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| BANCO A CONSIGNAR: | BANCO BOGOTA | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | No. CUENTA: | 221272297 |

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

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

## FIRMA



MAITE ELENA ESTRADA GRANADOS
C.C. 36666916 expedida en SANTA MARTA

Scanned with CamScanner

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20244942 DEL 2024.

| | |
|---|---|
| NO. DEL CONTRATO | N° CD20244942 DEL 2024. |
| NOMBRE DEL CONTRATANTE | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA | MAITE ELENA ESTRADA GRANADOS |
| NO. DE IDENTIDAD | 36.666.916 |
| 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 |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO | CUATRO MILLONES DE PESOS ($4.000.000) DE PESOS |
| FORMA DE PAGO | 2 pagos por valor de ($2.000.000) parciales, 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 del 30 de Noviembre del 2024. |
| CDP | 1464 |
| REGISTRO PRESUPUESTAL | 6113 |
| FECHA DE ACTA DE INICIO | 12/10/2024 |
| FECHA DE TERMINACION CONTRATO | 30 de Noviembre de 2024 |
| SUPERVISOR DEL CONTRATO | PROF. ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL ENFERMERIA |

Entre los suscritos, AURA STELLA DAZA PEÑA, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía número 36.541.888 expedida en Santa Marta, obrando en calidad de **PROF. ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL ENFERMERIA** quien actúa como supervisor del contrato Nª **CD20244942** por otra parte MAITE ELENA ESTRADA GRANADOS identificado con la cedula de ciudadanía No. 36.666.916 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 30 de Noviembre de 2024

AURA STELLA DAZA PEÑA
CC. 36.541.888
PROF. ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL ENFERMERIA

MAITE ELENA ESTRADA GRANADOS
36.666.916
CONTRATISTA



Scanned with CamScanner

| HJMB 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**

**MAITE ELENA ESTRADA GRANADOS**

**CON C.C Nº 36666916**

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **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.** | **CD20244942** | **DE FECHA INICIO** | **12/10/2024** |

| 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 | Recibir y entregar turno deacuerdo a la guia |
| 2 | Proporcionar atención de enfermeria a pacientes de consulta externa, hospitalizados según las necesidades fisicas, fisiológicas, psicológicas y sociales. (toma de signos vitales, baño en cama, asistir en la alimentación, toma de glucometria, cambios de posición, arreglo de la unidad, toma de muestra de laboratorio, realizar venopunción y verificar signos de flebitis, instalar y retirar infusiones de liquidos, asepsia a los implementos de trabajo como aspirador, riñoneras, pisingos, patos cada vez que sea necesario). |
| 3 | Asiatir al paciente en la alimentacion enteral y parenteral. |
| 4 | Informar al enfermero de turno y a la profesional especializada de seguridad al paciente los incidentes, eventos adversos presentados en el servicio |
| 5 | Informe de las fallas de material y equipos de servicio. |
| 6 | Realizar las respectivas solicitudes y devoluciones a farmacia de insulos o medicamentos de los pacientes que ingresen y egresen bajo la supervision de la enfermera. |
| 7 | Recibir y entregar alos pacientes a los diferentes servicios con la lista de chequeo correspondiente. |
| 8 | Asistir a la ronda medica y durante los procedimientos de estos. |
| 9 | Apoyar al personal de enfermeras en los procedimientos (curaciones, colocacion y retiro de sonda vesical, sonda nasogastrica, y otros procedimientos. |
| 10 | Realizar durante el turno, seguimiento diario y registrar todad las actividades y evoluciones del paciente en la historia clinica ( notas de enfermeria), en los tiempos reglametados. |
| 11 | Observacion y reporte de signos de alarma presentados por sus pacientes. |
| 12 | Informar a la profesional especializada de seguridad del pacientes los incidentes, eventos adversos y participar en reuniones para estudios de estos y todos los que deriven de la atencion del paciente. |
| 13 | Proporcionar orientacion al paciente y familiar. |
| 14 | Atender a los pacientes con trato humanizado en el turno y / o area asignada de la E.S.E |
| 15 | Realizar asepsia general semanal y diaria cuado egrese el paciente, registra en el formato correspondiente. |
| 16 | Clasificar, controlar y ordenar las lencerias de los servicios a efectos de reposicion de ropa y de vestuario, relacionandose con los servicios de lavanderia |
| 17 | Realizar una adecuada segregacion de los elementos de proteccion personal, residuos hospitalarios que se generen de la atencion de los pacientes, de cualquier otro procedimiento y manejo de ropa sucia |
| 18 | Recibir, registrar oportunamente los elementos de proteccion personal, y cumplir con el correcto uso de estos |
| 19 | Hacer los usos correctos de administracion de medicamentos |
| 20 | Adherencia a protocolos, guias y procedimientos requeridos en la prestacion de servicio |
| 21 | Conducir a los usuarios a los distintos servicios y a otras instituciones de salud. |
| 22 | Arreglo del cadaver y entregarle al familiar todas las pertenecias del paciente fallecido. |
| 23 | Informar a la enfermera y medico de la fuga del paciente |
| 24 | Realizar seguimiento a la administracion de los medicamentos por la enfermera ( farmacovigilancia) |
| 25 | Realizar procesos de esterilizacion de instrumental, insumos y dispositivos medicos, comprobar el correcto empaquetamiento de este y el cumplimiento de los registros especificos. |
| 26 | Preparar los paquetes de material ( confesion de apositos, gasas, torundad y otro material), colocar los controles quimicos y biologicos necesarios, poner la fechas de envasado, cerrar los sobres de material. |
| 27 | Clasificar el amterial de esterilizacion, comprobar el correcto empaquetamiento, introducir los diferentes paquetes según sus caracteristicas, colaborar en la puesta en marcha de los aparatos, complementar los registros especificos. |
| 28 | Proporciona desde la zona intermedia todo el material necesario para la intervencion ( hojas bisturies, apositos ...), y mantiene la zona respuesta, limpia y ordenada |
| 29 | Trasladar al paciente a quirofano y realizar el monitoreo completo ( puksoximetro, tensiometro, electrodos, placa de bisturi) para iniciar el procedimiento. |
| 30 | asegurar el correcto etiquetado de las muestras biologicas obtenidad durante la intervencion y de su envio a los laboratorios correspondientes ( anatomia patologic, microbiologia, etc). |
| 31 | Revisar el funcionamiento de los equipos y elementos que se encuentran en la ambulancia y otros servicios: pulsoximetro, aspirador, tensiometro, el desfibrilador |
| 32 | Ayudar al medico en las maniobras de "soporte vital basico " (SVB) Y "soporte vital avanzado " (SVA) que se aplique al enfermo critico |
| 33 | Movilizar e inmovilizar al paciente con seguridad y rapidez, en problenas traumatologicos y psiquiatricos. Etc. |

Scanned with CamScanner

| | |
|---|---|
| 34 | Al realizar el traslado de un paciente a otro servicio o por medio de la ambulancia, antes : Recibir las ordenes 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, numero de cama asignada, verificar el estado del paciente, para ver si se puede transportar en silla de ruedas o camilla, verificar el acompañamiento del familiar, mirar las condiciones de las venas, si estan permeables y con anglocath No. 18 y reciente. |
| 35 | prepacion del paciente para procedimientos quirurgicos y medios diagnosticos como TAC, ecografias, estudios especializados y otros. |
| 36 | Llevar el registro de verificacion de los pacientes que van para procedimientos quirurgicos ( lista de chequeos). |
| 37 | Verificar que este diligenciado el consentimiento para transfusiones sanguineas, autorizacion de procedimientos quirurgicos y de anestesia, decalaracion de retiro voluntario esten diligenciados. |
| 38 | Llenar el formato de transfusion sanguinea antes, durante y despues de la transfusion. |
| 39 | Preparacion del equipo y paciente antes, durante y depsues de la atencion del parto. |
| 40 | Atencio del recien nacido |
| 41 | Preparar el equipo y la paciente para el monitoreo fetal |
| 42 | Actulizacion del kardex y tarjetas de medicamentos si la enfermera no se encuentra o esta ocupada |
| 43 | Controlar las entradas y salidas de historias clinicas de su consultorio (prestacion de historias clinicas). |
| 44 | Surtir a los consultorios de materiales, equipos, etc. |
| 45 | Recibir al paciente y la programacion de cirugia ambulatoria, verificar que no tenga accesorios, no uñas pintadas, no cabellos mojados, el paciente no este afectado en la zona de insercion, verifica los documentos de este, que esten completos y actualizados, hacer las notas de enfermeria, verificar la autorizacion para la cirugia, admisionar, y trasladar al piso correspondiente. |
| 46 | Al recibir el paciente procedente de cirugia u otro servicio verificar que la historia clinica este todos los registros medicos y de enfermeria esten lleno. |
| 47 | Recoger las facturas de los pacientes y verificar que estos aparezcan en el sistema. |
| 48 | Bajo la resolucion 1955 de 1999 y 839 del 2017 Cumplir con el diligenciamiento de los RIPS, formato de seguimientos, evaluacion, facturacion y registros propios de la E.S.E |
| 49 | Uso adecuado y racional de elemtos, recursos y demas medios institucionales. |
| 50 | Garantizar la presencia oportuna, cuando se requiera hacer los procedimientos y labores propias del auxiliar de enfermeria en cualquier servicio de la E.S.E |
| 51 | Responder por los daños y perjuicios en salud que se le genere a un usuario por si negligencia, omision, descuido, olvido exceso o cualquir otra accion imputable a su culpa. |
| 52 | Tener comunicación las 24 horas del dia para su facil localizacion en casos de urgencias para lo cual deberan cerfificar el numero telefonico. |
| 53 | La suspensión, cancelacion y atrasos en la prestacion de los servicios por incumplimiento en los turnos asignados, sin justificacion que ocasionen trastornos y / o alteraciones en la oportunidad de la prestacion de servicio, seran objetos de glosas de la orden que se genere, el imcumplimiento a un turno nocturno no tiene derecho al descanso. |
| 54 | El valor mensual facturado dependera de las actividades contratadas y cumplidad por parte del contratista y verificados por el supervisor del contrato. |
| 55 | Reportar inmediatamente cualquier incapacidad a la profesional especializada de la unidad de enfermeria. |
| 56 | Desarrollar las actividades definidas deacuerdo a contratacion definido por partes con las agendas de turno y horas estalecidas mensuales ( 192h) |
| 57 | Asistencia a capacitaciones, programas de formacion continua y apropiacion de procesos de induccion y reinduccion |
| 58 | Garantizar que la prestacion de servicio objeto del contrato cumpla estrictamente con las caracteristicas 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 Mendez Barreneche. Adicionalmente la garantia de los servicios ofrecidos debe permitir que estos mantengan su calidad e idoneidad. |
| 59 | Realizar todas y cada una de las actividades que asigne el supervisor del contrato y las demas 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: | 9475961266 | OPERADOR: | APORTES EN LINEA |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | SALUD TOTAL | 15/11/2024 | 162.500 |
| PENSIÓN: | COLFONDOS | 15/11/2024 | 208.000 |
| RIESGOS LABORALES: | POSITIVA | 15/11/2024 | 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: | 36.666.916 |

Scanned with CamScanner

en linea

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 36666916 | | ESTRADA GRANADOS MAITE HELENA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CL 8 7 22 | SANTA MARTA-MAGDALENA | 4216412 | SI |

**DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION**

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-10 | 2024-10 | 1051830942 | 9475961266 | I | 2024/11/07 | 2024/11/15 | NEQUI | 8 | $404,600 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | NOVEDADES | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombre | | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Tarifa | Aporte | Dias | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| **SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | | $31,700 | | $0 | $0 | | $402,200 |
| **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 | | $402,200 |
| 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 | | $402,200 |
| 1 | CC 36666916 | ESTRADA MAITE | | 23100 1 | 30 | $1,300,000 | $208,000 | EPS002 | 30 | $1,300,000 | $162,500 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $1,300,000 | 2.436% | $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 36666916 | | ESTRADA GRANADOS MAITE HELENA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CL 8 7 22 | SANTA MARTA-MAGDALENA | 4216412 | SI |

**DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION**

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-10 | 2024-10 | 1051830942 | 9475961266 | I | 2024/11/07 | 2024/11/15 | NEQUI | 8 | $404,600 |


**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $208,000 | $1,200 | $0 | $209,200 |
| COLFONDOS | 231001 | 800,227,940 | 6 | 1 | $208,000 | $1,200 | $0 | $209,200 |
| 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 | $1,000 | $0 | $163,500 |
| SALUD TOTAL | EPS002 | 800,130,907 | 4 | 1 | $162,500 | $1,000 | $0 | $163,500 |
| **TOTAL** | | | | 1 | $402,200 | $2,400 | $0 | $404,600 |

Scanned with CamScanner