| | | | |
|---|---|---|---|
| E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ 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 LUIS DAVID DAVILA JIMENEZ identificado con C.C. 1006888133**

| | |
|---|---|
| Fecha de Diligenciamiento: | 2025-07-30 |

## 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: | CD20251387 | RP: | 1865 | CDP: | 542 |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO: | 12.400.000,00 | VALOR DE HONORARIOS PERIODO: | | | 3.100.000,00 |
| FECHA DEL ACTA DE INICIO: | 2025-04-02 | FECHA DE FINALIZACION: | | | 2025-07-31 |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | MILCIADES OSORIO SANCHEZ | | | | |
| UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADO CRÍTICO | | | | |

## 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 Julio

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

MILCIADES OSORIO SANCHEZ
8742789
UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADO CRÍTICO

**LUIS DAVID DAVILA JIMENEZ**
**1006888133**
**MZE C4 LOS NOGALES**
**3046241228**
**LUISDDAVILAJ10@GMAIL.COM**

# CUENTA DE COBRO

## DATOS PERSONALES

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Diligenciamiento:** | **2025-07-30** | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS: | LUIS DAVID DAVILA JIMENEZ | | |
| DOCUMENTO: | 1006888133 | | |
| DIRECCIÓN: | MZE C4 LOS NOGALES | TELÉFONO: | 3046241228 |
| CORREO ELECTRONICO: | LUISDDAVILAJ10@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

| | |
|---|---|
| Nº CONTRATO: | CD20251387 |
| 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: | 1865 | CDP: | 542 | FECHA INICIO: | 2025-04-02 | FECHA FINAL: | 2025-07-31 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| VALOR CONTRATO: | 12.400.000,00 | VALOR A PAGAR: | 3.100.000,00 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| BANCO A CONSIGNAR: | BANCOLOMBIA | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | No. CUENTA: | 91204934083 |

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

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

## FIRMA

LUIS DAVID DAVILA JIMENEZ
C.C. 1006888133 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**
**LUIS DAVID DAVILA JIMENEZ**
**CON C.C Nº 1006888133**

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

| | |
|---|---|
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTACION DE SERVICIOSPROFESIONALES COMO ENFERMERA(O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **CD20251387** | **DE FECHA** | **2/04/2025** |

**II. 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 | Planear, organizar, dirigir, realizar las gestiones necesarias para lograr el funcionamiento de los servicios de acuerdo a los planes y programas establecidos. |
| 2 | Realizar Rondas de Seguridad de Paciente diaria: Identifi cación de paciente, Venopunciones, Equipos invasivos, segregación de residuos hospitalarios, orden y aseo de los servicios |
| 3 | Verificar la aplicación de listas de chequeo para el control en la prevención de infecciones y procesos básicos de Enfermería. |
| 4 | Velar por el cumplimiento de los protocolos, procesos y formatos de los diferentes servicios, ejemplo, el ingreso y salida de los auxiliares de enfermería. |
| 5 | Comprobar la realización de la asepsia en los diferentes servicios y que se encuentre bien organizado los sitios de trabajo |
| 6 | Vigilar y controlar el uso adecuado de los registros de enfermería (expediente clínico, censo, registros estadísticos, planes de asignación, rotación, etc.) y asegurar la actualización diaria de los registros en el tablero de camas reservadas |
| 7 | Detectar la necesidad de material/equipo de los servicios y gestionar la adquisición. |
| 8 | Verificar que se cumpla con la notifi cación inmediata de los eventos adversos y/o incidentes que se presenten en la atención del paciente |
| 9 | Verificación de la preparación adecuada de los estudios y cirugía |
| 10 | Verificar el registro de las curaciones de las enfermeras asistenciales |
| 11 | Asistir a las reuniones y rondas médicas y de enfermería de su área para estar al tanto del proceso de atención y cuidado de los pacientes |
| 12 | Realizar la Notificación de daños y realizar ronda conjuntamente con el área de mantenimiento |
| 13 | Informar por escrito, diariamente a coordinación los inconvenientes presentados en cada servicio |
| 14 | Proporcionar atención de enfermería a pacientes hospitalizados según las necesidades físicas, fi siológicas, psicológicas y sociales según los establecido en el plan de atención de enfermería |
| 15 | Apoyar en el Manejo y control de material y equipo en la atención del paciente. |
| 16 | Diligenciar y entregar historias clínicas a facturación de paciente que tengan egresos en el orden establecidos |
| 17 | Cumplir con el diligenciamiento de los RIPS, formatos, instrumentos de control, seguimiento, evaluación, de la E.S.E. |
| 18 | Verificar el correcto diligenciamiento del formato de SIVIGILA |
| 19 | Actualizar Kardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo a los cambios efectuados por médico tratante en la evolución y ordenes médicas, en los diferentes turnos (corrido, noche) etc. |
| 20 | Administración de medicamentos de acuerdo al protocolo institucional. |
| 21 | Supervisar y cumplir con la correcta segregación de los elementos de protección personal y manejo de ropa sucia |
| 22 | Debe realizar un informe detallado sobre las actividades realizadas y el cumplimiento de las mismas, según la secuencia establecida por la Unidad Funcional de Enfermería |
| 23 | Apoyar en la supervisión e inspección oportuna al carro de paro, equipos biomédicos con los que cuenta el servicio, hacer las respectivas anotaciones a que hallan lugar sea diaria y quincenal |
| 24 | Gestionar la información, y/o documentos físicos, órdenes de procedimientos que se genere en el servicio de acuerdo a la necesidad del paciente y normatividad. |
| 25 | 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 |
| 26 | Cumplir con lo establecido en la resolución 3280 de 2018, de manera que se garantice la efectiva y oportuna atención defi nida en la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal, Plan de Aceleración para la |
| 27 | Capacitar al personal asistencial (enfermeras) sobre colocación de implante sub dérmico y aplicación de métodos de anticoncepción. |

**III. INFORMACION DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | **9488036641** | **OPERADOR:** | **APORTES EN LINEA** |
| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
| **SALUD:** | **SANITAS** | **10/07/2025** | **$ 178.000** |
| **PENSIÓN:** | **COLPENSIONES** | **10/07/2025** | **$ 227.800** |
| **RIESGOS LABORALES:** | **POSITIVA** | **10/07/2025** | **$ 34.700** |

**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:** | **1006888133** |

| | | |
|---|---|---|
| E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA | **ACTA FINAL** | CODIGO: GJC26F VERSION: 002 FECHA ULTIMA DE REVISION: 12/12/2024 PAGINA 1 de 1 |

## ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20251387 DEL 2025

| | |
|---|---|
| **NO. DEL CONTRATO** | CD20251387 DEL 2025 |
| **NOMBRE DEL CONTRATANTE** | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | LUIS DAVID DAVILA JIMENEZ |
| **NO. DE IDENTIDAD** | 1006888133 |
| **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** | DOCE MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/I. ($12400000) |
| **FORMA DE PAGO** | El HUJMB cancelará al CONTRATISTA 4 cuota(s), 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 expedida por parte del Supervisor del contrato |
| **PLAZO DE EJECUCIÓN** | Previa legalización del contrato sin exceder 31 de JULIO de 2025. |
| **CDP** | 542 |
| **REGISTRO PRESUPUESTAL** | 1865 |
| **FECHA DE ACTA DE INICIO** | 2 DE ABRIL DE 2025 |
| **FECHA DE TERMINACION CONTRATO** | 31 DE JULIO DE 2025 |
| **ADICION** | |
| **CDP DE LA ADICION** | N/A |
| **REGISTRO PRESUPUESTAL DE LA ADICION** | N/A |
| **PLAZO ADICION** | N/A |
| **FORMA DE PAGO ADICION** | N/A |
| **FECHA DE TERMINACION DE CONTRATO CON ADICION.** | N/A |
| **VALOR ADICION** | N/A |
| **VALOR FINAL DEL CONTRATO** | N/A |
| **SUPERVISOR DEL CONTRATO** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL HOSPITALIZACION Y CUIDADO CRITICO |

Entre los suscritos, **MILCIADES OSORIO SANCHEZ**, mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **CC.8.742.789,** expedida en Santa Marta, obrando en calidad de **PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL HOSPITALIZACION Y CUIDADO CRITICO**, quien actúa como supervisor del contrato **CD20251387** por otra parte LUIS DAVID DAVILA JIMENEZ, identificado con la cedula de ciudadanía No. **1006888133** 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 en el mes de **JULIO** del año **2025.**

SUPERVISOR,

**MILCIADES OSORIO SANCHEZ**
**CC. 8.742.789**

**Proyecto: Maria Camila De Alba**
**Profesional Administrativo Enfermeria**

CONTRATISTA,

**LUIS DAVID DAVILA JIMENEZ**
**1006888133**

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 1006888133 | | DAVILA JIMENEZ LUIS DAVID | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | manzana e casa 4 | SANTA MARTA-MAGDALENA | 3046241228 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-06 | 2025-06 | 1617355006 | 9488036641 | I | 2025/07/08 | 2025/07/10 | BANCOLOMBIA | 2 | $441,200 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $227,800 | $300 | $0 | $228,100 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $227,800 | $300 | $0 | $228,100 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $34,700 | $100 | $0 | $34,800 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $34,700 | $100 | $0 | $34,800 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $178,000 | $300 | $0 | $178,300 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $178,000 | $300 | $0 | $178,300 |
| TOTAL | | | | 1 | $440,500 | $700 | $0 | $441,200 |



2025/07/09 10:38 PM

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 1006888133 | | DAVILA JIMENEZ LUIS DAVID | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | manzana e casa 4 | SANTA MARTA-MAGDALENA | 3046241228 | No |

## DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-06 | 2025-06 | 1617355006 | 9488036641 | I | 2025/07/08 | 2025/07/10 | BANCOLOMBIA | 2 | $441,200 |

## LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados) | | | | | $1,423,500 | $227,800 | | | $1,423,500 | $178,000 | | | $0 | $0 | | | $1,423,500 | $34,700 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | **$1,423,500** | **$227,800** | | | **$1,423,500** | **$178,000** | | | **$0** | **$0** | | | **$1,423,500** | **$34,700** | | **$0** | **$0** |
| Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA ( 1 Afiliados) | | | | | **$1,423,500** | **$227,800** | | | **$1,423,500** | **$178,000** | | | **$0** | **$0** | | | **$1,423,500** | **$34,700** | | **$0** | **$0** |
| 1 | CC | 1006888133 | DAVILA LUIS | 25-14 | 30 $1,423,500 | $227,800 | EPS005 | 30 | $1,423,500 | $178,000 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $1,423,500 | $34,700 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | **$1,423,500** | **$227,800** | | | **$1,423,500** | **$178,000** | | | **$0** | **$0** | | | **$1,423,500** | **$34,700** | | **$0** | **$0** |

| | | |
|---|---|---|
| E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA | **ACTA FINAL** | CODIGO: GJC26F VERSION: 002 FECHA ULTIMA DE REVISION: 12/12/2024 PAGINA 1 de 1 |

## ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20251387 DEL 2025

| | |
|---|---|
| **NO. DEL CONTRATO** | CD20251387 DEL 2025 |
| **NOMBRE DEL CONTRATANTE** | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | LUIS DAVID DAVILA JIMENEZ |
| **NO. DE IDENTIDAD** | 1006888133 |
| **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** | DOCE MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/I. ($12400000) |
| **FORMA DE PAGO** | El HUJMB cancelará al CONTRATISTA 4 cuota(s), 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 expedida por parte del Supervisor del contrato |
| **PLAZO DE EJECUCIÓN** | Previa legalización del contrato sin exceder 31 de JULIO de 2025. |
| **CDP** | 542 |
| **REGISTRO PRESUPUESTAL** | 1865 |
| **FECHA DE ACTA DE INICIO** | 2 DE ABRIL DE 2025 |
| **FECHA DE TERMINACION CONTRATO** | 31 DE JULIO DE 2025 |
| **ADICION** | |
| **CDP DE LA ADICION** | N/A |
| **REGISTRO PRESUPUESTAL DE LA ADICION** | N/A |
| **PLAZO ADICION** | N/A |
| **FORMA DE PAGO ADICION** | N/A |
| **FECHA DE TERMINACION DE CONTRATO CON ADICION.** | N/A |
| **VALOR ADICION** | N/A |
| **VALOR FINAL DEL CONTRATO** | N/A |
| **SUPERVISOR DEL CONTRATO** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL HOSPITALIZACION Y CUIDADO CRITICO |

Entre los suscritos, **MILCIADES OSORIO SANCHEZ**, mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **CC.8.742.789,** expedida en Santa Marta, obrando en calidad de **PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL HOSPITALIZACION Y CUIDADO CRITICO**, quien actúa como supervisor del contrato **CD20251387** por otra parte LUIS DAVID DAVILA JIMENEZ, identificado con la cedula de ciudadanía No. **1006888133** 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 en el mes de **JULIO** del año **2025.**

SUPERVISOR,

**MILCIADES OSORIO SANCHEZ**
**CC. 8.742.789**

**Proyecto: Maria Camila De Alba**
**Profesional Administrativo Enfermeria**

CONTRATISTA,

**LUIS DAVID DAVILA JIMENEZ**
**1006888133**