

CLÁUSULA DECIMA SEGUNDA: NOTIFICACIONES. Todas las notificaciones referentes a la ejecución de este contrato, serán válidas si son hechas por escrito a las siguientes direcciones El Hospital: Kilómetro ocho y medio, carretera a los Planes de Renderos, San Salvador; y El Contratista en: Colonia Las Palmeras, Pasaje número tres casa número veintitrés, Rosario de Mora San Salvador, o al teléfono: 2512-2234-77320100-75718148, correo electrónico najarrodiana1@gmail.com. Todo cambio en las direcciones indicadas deberá ser comunicado entre las partes en forma inmediata para los efectos legales correspondientes. En fe de lo cual firmamos el presente instrumento. En la ciudad de San Salvador, a los veintiún días del mes de octubre de dos de dos mil diecinueve.



DRA. CARMEN GUADALUPE MELARA DE GARCIA
DIRECTORA HOSPITAL SALDAÑA
CONTRATANTE



DIANA ERMINIA NAJARRO DEODANES
TECNICO EN ENFERMERÍA
CONTRATISTA



En la ciudad de San Salvador, a las ocho horas con cuarenta minutos del día veintiuno de octubre de dos mil diecinueve. Ante mí, PATRICIA AZUCENA GAETAN LÓPEZ, Notario, del domicilio de Rosario de Mora, comparece la Doctora :**CARMEN GUADALUPE MELARA DE GARCÍA**, del domicilio de San Salvador, con Documento Único de Identidad número cero tres cinco ocho tres cinco cero tres-dos y Número de Identificación Tributaria cero seis uno cuatro-cero cuatro cero ocho seis-uno cero uno-cero ; actuando en mí carácter de Director y Representante Legal del **Hospital Nacional General de Neumología y Medicina Familiar “ DR. JOSÉ ANTONIO SALDAÑA”** , de este domicilio, en adelante "**El Hospital**" o "**La institución Contratante**", cuya personería al final relacionaré, y por otra parte **DIANA ERMINIA NAJARRO DEODANES** de veinticuatro años de edad, del domicilio de Rosario de Mora, Departamento de San Salvador, con Documento Único de Identidad número cero cinco dos cinco tres ocho ocho cinco-cinco y Número de Identificación Tributaria cero seis uno uno-dos nueve cero ocho nueve cinco -uno cero uno-dos, en adelante "**El(La) Contratista**" o "**El(La) Profesional**", y **ME DICEN:** Que en cumplimiento al Acuerdo Número a la Resolución Ministerial No. 201 de fecha 30 de