UCI Neonatal

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche	**ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**	**Código** FINC3F	**Versión** 3
	FORMATO CUENTA DE COBRO Y CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO A CONTRATISTAS DE OPS	**Fecha de última revisión** 24/02/2023	

DATOS DEL CONTRATISTA					**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31 / MARZO/ 2023**	
Nombres y Apellidos :	**KELLY YURANIS CABARCA FONTALVO**				CC	1082867750
Correo electrónico :	KEYJUANCC0223@GMAIL.COM				Teléfono de contacto: 3043183256	
Dirección domicilio:	**MZ 33 CASA 22URB. EL PARQUE**				Ciudad:	SANTA MARTA – MAGDALENA
Régimen del IVA:	**Simplificado Común** X		¿Declarante de renta?		NO	¿Está obligado a facturar? No
¿Personas a cargo?	**SI**	¿Aporte Voluntario a Fondo de Pensiones?			NO	
¿Ahorro Voluntario a cuentas AFC?	NO		¿Pago de Intereses crédito de Vivienda? NO			
Banco al cual consignar:	**BANCO COLPATRIA**	Tipo de cta.:	**AHORRO**	Nº Cuenta:	6802006967	

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº del contrato:	CD20231277	Nº RP:	1699	N° CDP:	283	Plazo - Duración: 3 Meses
¿Adición o prorroga?	NO	Tiempo prorrogado		N/A		Valor Adicionado: N/A
Fecha de Inicio Contrato	02/03/2023	Fecha de Terminación Contrato		31/05/2023		Valor del Contrato: $5.400.000
N° CDP **(Adición):**	NO	Objeto del Contrato	PRESTAR LOS SERVICIOS DE SALUD COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA ATENCIÓN AMBULATORIA Y HOSPITALARIA, DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD A LA POBLACIÓN USUARIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.			
Nº RP: **(Adición)**	NO					
¿Suspendido?	NO	Fecha de reinicio			Nueva Fecha de terminación	
Valor Total del Contrato (adición)	$ 0	Periodo objeto de Cobro	MES DE MARZO 2023			
Valor a pagar correspondiente al periodo objeto de cobro?			1.687.500 (DESCUENTO 1 DIA POR CALAMIDAD)			

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR			
Mes de pagado de seguridad social		FEBRERO / 2023	IBC $ 1.160.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 146.800	Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 187.800
Nivel / aporte de riesgo ARL 3	$ 28.700	**Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional: NO**	
		Total Pago Seguridad Social	$ 365.100

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ver Informe Anexo

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:	
1. Cumplí las actividades del objeto contractual descritas en el informe anexo; **2.** Toda la información aquí suministrada es verídica; **3.** He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.	KELLY CABARCA FONTALVO 1082867750

CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, **CERTIFICO:**	
1.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.	
2.- Que el contratistas ha realizado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por medio de la planilla adjunta al presente formato, en concordancia con el periodo objeto de la presente certificación y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.	AURA ESTELLA DAZA PEÑA CC N.º 36.541.888
3.- Que se realizó la verificacion en el SECOP de la documentacion y se aprueba para pago.	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA

Powered by CamScanner

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1082867750		CABARCA FONTALVO KELLY YURANIS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	manza2 lcma2	SANTA MARTA-MAGDALENA	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-02	2023-02	20366943	94475401.38	I	2023/03/13	2023/03/28	BANCO DE OCCIDENTE	15	$365,600

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)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$28,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$28,300		$0	$0
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$28,300		$0	$0
1	CC 1082867750	CABARCA KELLY	23100	30	$1,160,000	$185,600	EPS005	30	$1,160,000	$145,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,160,000	$28,300	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$28,300		$0	$0

2023/03/28 09:34 AM

Powered by CamScanner

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1082867750		CABARCA FONTALVO KELLY YURANIS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	manza23casa2	SANTA MARTA-MAGDALENA	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-02	2023-02	20366943	9447540138	I	2023/03/13	2023/03/28	BANCO DE OCCIDENTE	15	$365,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,600	$3,400	$0	$189,000
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$185,600	$3,400	$0	$189,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,300	$600	$0	$28,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$28,300	$600	$0	$28,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,000	$2,700	$0	$147,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$145,000	$2,700	$0	$147,700
TOTAL				1	$358,900	$6,700	$0	$365,600

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

Powered by CamScanner

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche	INFORME DE ACTIVIDADES	Código:	FINC2F
		Fecha de Aprobación:	01/02/2019
		Versión:	01

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No.	CD20231277	DE FECHA	02/ MARZO/ 2023
CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE			
KELLY YURANIS CABARCA FONTALVO		CON C.C Nº	1.082.867.750

I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

PERIODO QUE CUBRE EL INFORME:	PRIMER PAGO – MARZO 2023
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA
NOMBRE DEL SUPERVISOR	AURA DAZA PEÑA

II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO

Nº	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS REALIZADAS EN EL PERÍODO	CUMPLIÓ SI, NO PARCIAL
1	Recibir y entregar turno de acuerdo a la guía.	SI
2	Proporcionar atención de enfermería a pacientes de consulta externa, hospitalizados según las necesidades físicas, fisiológicas, psicológicas y sociales.	SI
3	Ejecución de rutinas del servicio (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).	SI
4	Realizar ante farmacia los insumos y medicamentos de los pacientes que egresen e ingresen al servicio o cambio por orden médica	SI
5	Realizar las respectivas devoluciones a farmacia de insumos o medicamentos que el paciente ya no requiera bajo la supervisión de la enfermera.	SI
6	Recibir y entregar a los pacientes a los diferentes servicios con la lista de chequeo correspondiente	SI
7	Asistir a la ronda médicas y a los especialistas, médicos generales durante los procedimientos	SI
8	Apoyar a la enfermera en marcar el rotulo en la hora de instalar el medicamento.	SI
9	Apoyar al personal de enfermeras en los procedimientos (curaciones, colocación y retiro de sonda vesical, sonda nasogástrica, E:CG, u otro procedimiento).	SI
10	Realizar seguimiento diario y registrar todas las actividades y evoluciones del paciente en la historia clínica durante el turno.	SI
11	Bajo la resolución 1955 de 1999 y 839 del 2017 Cumplir con el diligenciamiento de los RIPS, formatos de seguimiento, evaluación, facturación y registro propios de la E.S.E.	SI
12	Uso adecuado y racional de elementos, recursos y demás medios institucionales.	SI
13	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	SI
14	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	SI
15	Observación y reporte de signos de alarma presentados por sus pacientes	SI
16	Informar a la profesional especializada de seguridad del paciente los incidentes, eventos adversos y participar en reuniones para estudio de estos y todos los que deriven de la atención del paciente	SI
17	Informar las fallas de material y equipo de servicios.	SI
18	Participar en los programas de enseñanza en servicio para desarrollo de personal Proporcionar orientación al paciente y familiar	SI
19	Atender a los pacientes con trato humanizado en el turno y / o área a asignada de la E.S.E	SI
20	Tener comunicación las 24 horas del día para su fácil localización en casos de urgencias, para lo cual deberán certificar el número telefónico.	SI
21	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.	SI
22	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.	SI
23	El valor mensual facturado dependerá de las actividades contratadas y cumplidas por parte del contratista y verificados por el supervisor del contrato.	SI
24	Realizar asepsia general semanal y diaria cuando egrese el paciente, registrar en el formato correspondiente.	SI
25	Clasificar ordenar y controlar las lencerías de los servicios a efectos de reposicion de ropas y de vesturario relacionandose con los servicios de lavanderia.	SI
26	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.	SI
27	Recibir, registrar oportunamente los elementos de protección personal y cumplir con el correcto uso de estos. Diligenciar correctamente los formatos requeridos en los servicios	SI
28	Hacer los usos correctos de administración de medicamentos	SI
29	Adherencia a protocolos, guías y procedimientos requeridos en la prestación del servicio.	SI
30	Reportar inmediatamente cualquier incapacidad a la profesional especializada de la unidad de enfermería	SI
31	Desarrollar las actividades definidas de acuerdo a contratación definido por partes con las agendas de turno y horas establecidas mensuales (192h)	SI
32	Asistencia a capacitaciones, programas de formación continua, y apropiación de procesos de inducción y reinducción.	SI
33	Conducir a los usuarios a los distintos servicios y a otras instituciones de salud.	SI
34	Aplicar los indicadores de Seguridad del Paciente y Humanización del Servicio.	SI
35	Realizar notas de Enfermería a pacientes asignados en los tiempos reglamentados.	SI
36	Arreglo del cadáver y entregarle al familiar todas las pertenencias del paciente fallecido.	SI
37	Informar a la enfermera y médico de la fuga del paciente.	SI
38	Realizar seguimiento a la administración de los medicamentos por la enfermera.	SI
39	Realizar procesos de esterilización del instrumental, insumos y dispositivos médicos, comprobar el correcto empaquetamiento de este y el cumplimiento de los registros específicos.	SI
40	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.	SI
41	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	SI

ANEXO SOPORTES DOCUMENTALES AL INFORME EL SIGUIENTE NUMERO DE FOLIOS O CD:

Nota: Si requiere incluir actividades adicionales relacionadas con el objeto del contrato o más detalle, incluya filas adicionales.

FIRMA DEL CONTRATISTA:	FIRMA SUPERVISOR:
KELLY CABARCA FONTALVO C.C. N.º:1.082.867.750	AURA DAZA PEÑA C.C.# 36.541.888

Powered by CamScanner