Urg

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Mendez Barreneche	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE					Código FINC3F	Versión 3
	FORMATO CUENTA DE COBRO Y CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO A CONTRATISTAS DE PS					Fecha de vigencia 24/02/2023	
DATOS DEL CONTRATISTA						FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 26/JULIO/2023	
Nombres y apellidos :	MELISSA ANDREA PALACIOS RAPALINO					CC.	1004462803
Correo electrónico :	MELISSASANTAMARTA@GMAIL.COM					TELEFONO	3015995930
Dirección domicilio:	CARRERA 13 # 17-49 GAIRA					Ciudad:	Santa Marta
Régimen del IVA:	Simplificado x Común		¿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:	BANCOLOMBIA		Tipo de cta.:	AHORRO		Nº Cuenta:	91654364961
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO							
Nº del contrato:	CD20232355	Nº RP:	4280	Nº CDP:	1541	Plazo - Duración: 3 MESES	
¿Adición o prorroga?	NO	Tiempo prorrogado		NO		Valor Adicionado: N/A	
Fecha de Inicio Contrato	12/07/2023	Fecha de Terminación Contrato		30/09/2023		Valor del Contrato: $ 5,400,000	
Nº CDP **(Adición):**	N/A	Objeto del Contrato	PRESTAR LOS SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENECHE				
Nº RP: **(Adición)**	N/A						
¿Suspendido?	NO	Fecha de reinicio		N/A		Nueva Fecha de terminación N/A	
Valor Total del Contrato (adición)	N/A	Periodo objeto de Cobro		Del		MES DE JULIO DEL 2023	
Valor a pagar correspondiente al periodo objeto de cobro?						960,000 (16 dias)	
LIQUIDACION DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACION DEL NETO A PAGAR							
Mes de pagado de seguridad social						IBC	
Aporte obligatorio a seguridad social salud			Aporte obligatorio a seguridad social Pensión				
Nivel / aporte de riesgo ARL	3		Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional: NO				
				Total Pago Seguridad Social			
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO							
Ver Informe Anexo							
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL							
1. Cumpli 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.						Melissa Palacios	
						MELISSA ANDREA PALACIOS RAPALINO	
						CC: 1004462803	
CERTIFICACION 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 periodo 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.						Firma del supervisor	
						AURA STELLA DAZA PEÑA	
3.- Que se realizó la verificación en el SECOP de la documentación y se aprueba para pago						CC: 36,541,888 PROF	
						ESP UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA	

HUMB	INFORME DE ACTIVIDADES AUXILIAR DE ENFERMERIA	Código	FINC2F
		Fecha de Aprobación:	1/02/2019
		Versión:	01
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE No. CD20232355		DE FECHA	12/07/2023

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

MELISSA ANDREA PALACIO RAPALINO	CON	C.C Nº	1004462803

INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

PERIODO QUE CUBRE EL INFORME:	PAGO MES DE JULIO DEL 2023
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL EN ENFERMERIA
NOMBRE DEL SUPERVISOR	AURA STELLA DAZA PEÑA

No.	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS REALIZADAS EN EL PERÍODO	CUMPLIÓ SI, NO, PARCIAL, N/A
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 reposición de ropas y de vestuario, relacionándose con los servicios de lavandería.	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	La recogida y limpieza del instrumental empleado en los procedimientos e intervenciones quirúrgicas, así como ayudar al Personal de enfermería en la ordenación de las vitrinas.	SI
32	Desarrollar las actividades definidas de acuerdo a contratación definido por partes con las agendas de turno y horas establecidas mensuales (192h)	SI
33	Asistencia a capacitaciones, programas de formación continua, y apropiación de procesos de inducción y reinducción.	SI
34	Conducir a los usuarios a los distintos servicios y a otras instituciones de salud.	SI
35	Aplicar los indicadores de Seguridad del Paciente y Humanización del Servicio.	SI
36	Realizar notas de Enfermeria a pacientes asignados en los tiempos reglamentados.	SI
37	Arreglo del cadáver y entregarle al familiar todas las pertenencias del paciente fallecido.	SI
38	Informar a la enfermera y médico de la fuga del paciente.	SI
39	Realizar seguimiento a la administración de los medicamentos por la enfermera.	SI
40	Realizar procesos de esterilización del instrumental, insumos y dispositivos médicos, comprobar el correcto empaquetamiento de este y el cumplimiento de los registros específicos.	PARCIAL
41	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

Melissa Palacios.

MELISSA ANDREA PALACIOS RAPALINO
CC: 1004462803
FIRMA DE CONTRATISTA

Aura Stella Daza P

AURA STELLA DZA PEÑA
CC: 36.541.888
FIRMA DE SUPERVISOR

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ANGELA CAMILA SEPULVEDA PEREA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.004.462.806**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 26 de Julio del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

06 3090369

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRAMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de tramite
A. Afiliación
B. Reporte de Novedades

2. Tipo de Afiliacion
A. Individual • Cotizante o cabeza de Familia • Beneficiario o afiliado adicional
B. Colectiva
C. Institucional
D. De oficio

3. Régimen
A. Contributivo
B. Subsidiado

4. Tipo de afiliado
A. Cotizante
B. Cabeza de familia
C. Beneficiario

5. Tipo de cotizante
A. Dependiente
B. Independiente
C. Pensionado

Código (a registrar por la EPS)

4. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

8. Apellidos y nombres
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

7. Tipo de documento de identidad | 6. Número del documento de identidad | 9. Sexo Femenino / Masculino | 10. Fecha de nacimiento

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia | 12. Discapacidad | 13. Puntaje SISBEN | 14. Grupo de población especial | 15. Administradora de riesgos laborales - ARL | 16. Administradora de pensiones

17. Ingreso base de cotización - IBC | 18. Residencia
Zona Urbana / Rural

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad | 21. Número del documento de identidad | 22. Sexo Femenino / Masculino | 23. Fecha de nacimiento

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

25. Tipo de documento de identidad | 26. Número del documento de identidad | 27. Sexo Femenino / Masculino | 28. Fecha de nacimiento

Datos complementarios
29. Parentesco | 30. Etnia

31. Discapacidad | 32. Datos de residencia
Condición | Municipio - Distrito | Zona Urbana / Rural | Departamento | Teléfono fijo y/o celular

33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS

Código de la IPS (a registrar por la EPS)

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social | 36. Tipo de documento de identificacion | 37. Numero del documento de identificacion | 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (A registrar por la EPS)

39. Ubicación
Dirección | Municipio | Departamento | Teléfono

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad
1. Corrección de datos básicos de identificación | 2. Cambio de datos básicos de identificación | 3. Actualización del documento de identidad | 4. Actualización y corrección de datos complementarios | 5. Terminación de la afiliación a la EPS | 6. Reactivación en la EPS | 7. Inclusión de cónyuge o de hijos adicionales | 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales | 9. Cambio de régimen | 10. Cambio de tipo de afiliado | 11. Novedad de cotización | 12. Suspensión por mora | 13. Movilidad: A. Migración Cotizante | B. Reporte Subsidiado | 14. Traslado A. Mismo Régimen | B. Diferente Régimen | 15. Reporte de fallecimiento | 16. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación
Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | Sexo Femenino / Masculino | Fecha de nacimiento | 42. Fecha novedad

43. EPS anterior | 44. Motivo de traslado Código | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de no existencia de vínculo laboral o legal reglamentario del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
47. Declaración de no existencia de vínculo de servicio doméstico del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
48. Declaración de no afiliación simultánea del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
49. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copias de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
50. Autorización para que la EPS reporte a la información que se genere de la afiliación o de reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
51. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
52. Autorización para que la EPS envíe información a través de correo electrónico o celular, como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

Firma del cotizante o cabeza de familia

No. de documento de identidad | Huella

IX. ANEXOS

54. Número de folios del documento de identidad | Cotizante | Total

55. Copia del carnet de reconocido permanente emitido por la autoridad competente.
56. Copia del registro civil de nacimiento o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
57. Copia del registro civil de nacimiento, escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
58. Copia del certificado de afiliación o carta de entrega de menor.
59. Copia del documento que acredite la patria potestad o del documento de custodia.
60. Copia del documento que acredite la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
61. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
62. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
63. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial
Código del municipio | Código del departamento

67. Datos del SISBEN
Número de la ficha | Puntaje | Nivel

68. Fecha de radicacion | 69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | OBSERVACIONES

71. Firma del funcionario

Recuerde que con la firma del formulario el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

- 2a. COPIA: AFILIADO -

05/04/2010