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 PS					Fecha de vigencia 24/02/2023	
DATOS DEL CONTRATISTA						FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 25/08/2023	
Nombres y apellidos :	ANA CIRIS ARAGON DE LA HOZ					CC	36451202
Correo electrónico :	aragonanasiris@gmail.com					Teléfono: 3044587151	
Dirección domicilio:	Cra 18 No. 29c -73 villa del carmen					Ciudad:	Santa Marta
Régimen del IVA:	Simplificado [x] Común [ ]		¿Declarante de renta?			no	¿Está obligado a facturar? No
¿Personas a cargo?	no	¿Aporte Voluntario a Fondo de Pensiones?				no	
¿Ahorro Voluntario a cuentas AFC?					¿Pago de Intereses crédito de Vivienda?		
Banco al cual consignar:	BANCO DAVIVIENDA		Tipo de cta.:	AHORROS		Nº Cuenta:	0570117370084131
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO							
Nº del contrato:	CD20232218	Nº RP:	3468	N° CDP:	1541	Duración: 3 MESES	
¿Adición o prorroga?	NO	Tiempo prorrogado		N/A		Valor Adicionado: n/a	
Fecha de Inicio Contrato	1/07/2023	Fecha de Terminación Contrato		30/09/2023		Valor del Contrato: $ 5,400,000	
N° CDP (Adición):	NO	Objeto del Contrato	PRESTAR LOS SERVICIOS SERVICIOS ASISTENCIALES EN SALUD COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA TODA LA POBLACION USUARIA DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.				
Nº RP: (Adición)	NO						
¿Suspendido?	NO	Fecha de reinicio			Nueva Fecha de terminación		
Valor Total del Contrato (adición)	NO		Periodo objeto de Cobro	Del	AGOSTO DE 2023		
Valor a pagar correspondiente al periodo objeto de cobro?				$ 1.687.500	descontar 1 turno		
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR							
Mes de pagado de seguridad social			JULIO		IBC	$ 1.160.000	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 148.800		Aporte obligatorio a seguridad social Pensión $		$ 190.400		
Nivel / aporte de riesgo ARL	3	$ 29.100	Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional: NO				
				Total Pago	$ 368.300		

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ver Informe Anexo

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL

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.

Firma del Contratista

ANA CIRIS ARAGON DE LA HOZ
C.C. 36.451.202

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.

3.- Que se realizco la verificacion en SECOP de la documentacion y se aprueba para pago

Firma del Supervisor

AURA STELLA DAZA PEÑA
CC 36541888
UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA

HJMB E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche	**INFORME DE ACTIVIDADES AUXILIAR DE ENFERMERIA**	Código	**FINC2F**
		Fecha de Aprobación:	1/02/2019
		Versión:	**01**
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE No. CD20232218		DE FECHA	01/07/2023

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			
ANA CIRIS ARAGON DE LA HOZ	CON	C.C Nº	36451202

INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	
PERIODO QUE CUBRE EL INFORME:	PAGO MES DE AGOSTO DE 2023
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	**Unidad Funcional de Enfermería**
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	**PARCIAL**
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.	**NO**
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	**NO**
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	**PARCIAL**
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.	**PARCIAL**
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.	**NO**

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.	**PARCIAL**
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	**PARCIAL**
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.	**PARCIAL**
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.	**PARCIAL**
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.	**SI**
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**

Firma del contratista

Supervisor 36541888

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

ach SOI Pagos de Seguridad Social — Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	36451202
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			ANA CIRIS ARAGON DE LA HOZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	CRA 18 A # 29 C 1 -71	TELÉFONO:	7000000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			4509831746	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	julio AÑO	2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	julio AÑO	2023
DÍAS DE MORA:			23				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2023/08/25	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9995551574

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 4.800	$ 0	$ 185.600	$ 4.800	$ 190.400
SUBTOTALES:										**$ 185.600**	**$ 4.800**	**$ 190.400**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 145.000	$ 0	$ 3.800	$ 0	$ 145.000	$ 3.800	$ 0	$ 148.800
SUBTOTALES:													**$ 145.000**	**$ 3.800**	**$ 0**	**$ 148.800**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 28.300	$ 28.300	$ 800	$ 0	$ 29.100
SUBTOTALES:									**$ 28.300**	**$ 800**	**$ 0**	**$ 29.100**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 36451202	ARAGON DE LA HOZ ANA CIRIS	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.160.000			NO																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	230201-PROTECCION	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD / ARP

Nº	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.160.000	$ 145.000	$ 0	$ 145.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.160.000	36451202	$ 28.300

PARAFISCALES

Nº	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 368.300

Planilla Pagada