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 última revisión 24/02/2023	

DATOS DEL CONTRATISTA						
					FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 25/08/2023	
Nombres y apellidos :	CRISTINA PAOLA MARTINEZ MORA				CC	1082943188
Correo electrónico :	CRISTINAPAOLAMARTINEZMORA@GMAIL.COM				Teléfono de contacto: 3053462820	
Dirección domicilio:	MZA 2 CASA 13 ANDREA CAROLINA				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:	BANCO DAVIVIENDA		Tipo de cta.:	AHORROS	Nº Cuenta:	55048841419655

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº del contrato:	CD20232252	Nº RP:	3691	N° CDP:	1541	Plazo - Duración: 3 MESES
¿Adición o prorroga?	NO	Tiempo prorrogado		N/A		N/A
Fecha de Inicio Contrato	02/07/2023	Fecha de Terminación Contrato		30/09/2023		Valor del Contrato: 5.400.000
N° CDP (Adición):	N/A	Objeto del Contrato	PRESTAR LOS SERVICIOS ASISTENCIALES EN SALUD COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA TODA LA POBLACION USUARIA EN LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDES 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	AGOSTO
Valor a pagar correspondiente al periodo objeto de cobro?				$ 1.687.500		

LIQUIDACION DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACION DEL NETO A PAGAR				
Mes de pagado de seguridad social			JULIO	IBC $ 1.160.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$	145.000	Aporte obligatorio a seguridad social Pensión: $ 185.600	
Nivel / aporte de riesgo ARL	3	$ 28.300	Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional: N/A	
			Total Pago Seguridad Social $ 359.500	

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 Cristina Martinez M CRISTINA PAOLA MARTINEZ MORA CC. 1082943188

CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, **CERTIFICO:**	Firma del Supervisor
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.	AURA STELLA DAZA CC. 36.541.888
3.- Que se realizó la verificación en el SECOP de la documentación y se aprueba para pago	PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL ENFERMERIA

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Mendez Barreneche	**INFORME DE ACTIVIDADES AUXILIAR DE ENFERMERIA**	Código	FINC2F
		Fecha de Aprobación:	1/02/2019
		Versión:	01
	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE No. CD20232252	DE FECHA	02/07/2023

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			
CRISTINA PAOLA MARTINEZ MORA	CON	C.C Nº	1082943188

INFORMACIÓN 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 DAZA PEÑA CC 36.541.888

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	**NO**
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.	**N/A**
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.	**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.	**NO**

Cristina Martinez M

Firma del contratista

Firma del supervisor

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1082943188
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CRISTINA PAOLA MARTINEZ MORA
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	SANTA MARTA	TELÉFONO:	4000000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			4512744021	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	julio	AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	julio	AÑO 2023
DÍAS DE MORA:			1				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2023/08/24	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9995538126

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
230301	230301-PORVENIR	1	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 300	$ 0	$ 185.600	$ 300	$ 185.900
SUBTOTALES:										**$ 185.600**	**$ 300**	**$ 185.900**

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
ESSC07	ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 145.000	$ 0	$ 200	$ 0	$ 145.000	$ 200	$ 0	$ 145.200
SUBTOTALES:													**$ 145.000**	**$ 200**	**$ 0**	**$ 145.200**

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	$ 100	$ 0	$ 28.400
SUBTOTALES:									**$ 28.300**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 28.400**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																				SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES										
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	PENSIÓN						SALUD						ARP																									
																											ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1082943188	MARTINEZ MORA CRISTINA PAOLA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.160.000				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600	ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS	30	$ 1.160.000	$ 145.000	$ 0	$ 145.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.160.000	108294318	$ 28.300	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 359.500

Planilla Pagada