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: 25/09/2023

Nombres y apellidos :	MAYUMI HERNANDEZ BOON			CC	26670001
Correo electrónico :	sophia311502hernandez@hotmail.com			Teléfono de contacto: 3008524030	
Dirección domicilio:	Manzana D casa 5 asocon			Ciudad:	Santa Marta
Régimen del IVA:	Simplificado Común x	¿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?	No	¿Pago de Intereses crédito de Vivienda?			
Banco al cual consignar:	Banco Davivienda	Tipo de cta.:	AHORRO	Nº Cuenta:	0570236870057049

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	CD20232520	Nº RP:	3756	N° CDP:	1544	Plazo - Duración: 3meses
¿Adición o prorroga?	no	Tiempo prorrogado		N/A		Valor Adicionado: N/A
Fecha de Inicio Contrato	02/07/2023	Fecha de Terminación Contrato		30/09/2023		Valor del Contrato: 8,700,000
N° CDP (Adición):	N/A	Objeto del Contrato	PRESTACION DE SERVICIO COMO ENFERMERA			
Nº RP: (Adición)	N/A					
¿Suspendido?		Fecha de reinicio			Nueva Fecha de terminación	
Valor Total del Contrato (adició	N/A	Periodo objeto de Cobro	Del	SEPTIEMBRE		SEPTIEMBRE
Valor a pagar correspondiente al periodo objeto de cobro?				2,900,000		

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

Mes de pagado de seguridad social		AGOSTO	IBC	$ 1,160,000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 147.900	Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 189,300	
Nivel / aporte de riesgo ARL	3	$ 28.900	Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional: NO	
			Total Pago De Seguridad Social : 366,100	

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.

Firma del Contratista

CC: 26670001

Mayumi Hernandez Boon

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.

Firma del Supervisor

AURA DAZA PEÑA

36541888

HJMB E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche	**INFORME DE ACTIVIDADES DE ENFERMERA**	Código	FINC2F
		Fecha de Aprobación:	1/02/2019
		Versión:	01
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE No. CD20232520		DE FECHA	02/07/2023
CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			
MAYUMI HERNANDEZ BOON	CON	C.C Nº	26670001

INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	
PERIODO QUE CUBRE EL INFORME:	**PAGO MES DE SEPTIEMBRE DE 2023**
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	**PROF. ESP. UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA**
NOMBRE DEL SUPERVISOR	**AURA STELLA DAZA**

No.	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS REALIZADAS EN EL PERÍODO	CUMPLIÓ SI, NO, PARCIAL, N/A
1	Recibir y entregar turno de acuerdo a la guía institucional.	**SI**
2	Asignación de pacientes, consultorios al personal de auxiliar de Enfermería y enfermera asistencial antes de la ronda de Enfermería	**SI**
3	Propiciar un ambiente agradable, utilizando siempre la comunicación asertiva tanto con paciente, familiar y grupo de trabajo.	**SI**
4	Proporcionar atención de enfermería a pacientes hospitalizados según las necesidades físicas, fisiológicas, psicológicas y sociales (plan de atención de enfermería).	**SI**
5	Elaboración de reporte de enfermería.	**SI**
6	Manejo y control de material y equipo en la atención del paciente.	**SI**
7	Garantizar la presencia oportuna, cuando se requieran hacer los procedimientos y labores propias del profesional en enfermería en cualquiera de los servicios de la E.S.E.	**SI**
8	Cuándo el paciente ingrese y en el turno nocturno, realizar el pedido de jeringa, líquidos de 100cc, y 250 cc para 24 horas dependiendo de la cantidad de dosis de medicamento que tenga el paciente, así mismo solicitar las jeringas necearías para la toma de laboratorio, la solución salina para el previo lavado pre y post para permeabilización de venopunción, equipos cuando el paciente ingrese.	**SI**
9	Entregar de historia clínica a facturación de paciente que tengan egresos en el orden establecidos.	**SI**
10	Asistir a las rondas Médicas y a los especialistas y médicos generales durante los procedimientos.	**SI**
11	Responder por los daños y perjuicios en salud que se le genere a un usuario por su negligencia, omisión, descuido, olvido, exceso o cualquier otra acción imputable a su culpa. Lo que conllevara igualmente a las sanciones disciplinarias a las que tenga lugar.	**SI**
12	Participar en las jornadas científicas, actividades académicas y de investigación.	**SI**
13	Cumplir con el diligenciamiento de los RIPS, formatos, instrumentos de control, seguimiento, evaluación, de la E.S.E.	**NO**
14	Diligenciar la Historia clínica de los pacientes cumpliendo con los estándares de calidad del dato, guías de adherencia, parámetros establecidos en la Resolución No. 1995 de Julio 08 1.999 y demás normas legales que la complementen, sustituyan o deroguen, en caso de errores en el diligenciamiento de la historia en calidad del dato será objeto de glosas.	**SI**
15	Realizar seguimiento diario de la historia clínica (evolución, ordenes médica, notas de Enfermería, etc.,) en todo lo referente a la atención y evolución de los pacientes.	**SI**
16	Actualizar Kardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo a los cambios efectuados por médico tratánte en la evolución y ordenes médicas, en los diferentes turnos (corrido, noche) etc.	**SI**
17	Participar en las juntas médicas y dejar constancia por escrito de conceptos médicos emitidos Tener comunicación las 24 horas del día para su fácil localización en casos de urgencias, para lo cual deberán certificar el número telefónico.	**NO**
18	Administración de medicamentos de acuerdo al protocolo institucional.	**SI**
19	Solicitar los productos de asepsia y Supervisar la desinfección en el servicio y registrarlo en el formato correspondiente.	**SI**
20	Supervisar el cuidado, conservación y reposición de batas, sabanillas, sabanas, toallas, etc.	**SI**

21	Supervisar y cumplir con la correcta segregación de los elementos de protección personal y manejo de ropa sucia.	**SI**
22	Diligenciar correctamente los formatos requeridos en los servicios.	**SI**
23	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.	**NO**
24	Prestar los servicios que se encuentran relacionados en el estudio de conveniencia, necesidad y oportunidad, en las cantidades que se indiquen y con las características técnicas exigidas.	**SI**
25	Debe cumplir con los turnos elaborados por la Unidad funcional de enfermería y realizar un informe de las actividades realizadas y el cumplimiento de las mismas.	**SI**
26	Hacer uso racional de los insumos y elementos que se encuentren dentro del stock del servicio, velando por su adecuada utilización.	**SI**
27	Realizar supervisión e inspección oportuna al carro de paro, equipos biomédicos con los que cuentan el servicio, hacer las respectivas anotaciones a que hallan lugar sea diaria y/o semanal.	**SI**
28	Brindar orientación el estudiante que de acuerdo al convenio docencia-servicio tiene la institución con las universidades para el desarrollo de sus prácticas.	**SI**
29	Realizar la notificación oportuna de los eventos adversos, así como incidentes que se puedan presentar con el paciente durante su estancia hospitalaria.	**SI**
30	Proporcionar educación y orientación a pacientes y familiares para la conservación de la salud y tratamiento médico especifico.	**SI**
31	Vigilar la conservación y uso adecuado de la capacidad instala del servicio.	**SI**
32	Participar en la elaboración de manuales, procesos, horarios y procedimientos que permitan mejorar la prestación oportuna del servicio a los pacientes y usuarios de la institución.	**SI**
33	Desarrollar las actividades definidas de acuerdo a contratación definido por partes con las agendas de turno y horas establecidas mensuales (192h).	**SI**
34	Aplica los indicadores de Seguridad del Paciente y Humanización del Servicio.	**SI**
35	Uso adecuado y racional de elementos, recursos y demás medios institucionales.	**SI**
36	Obrar con diligencia y el cuidado necesario en los asuntos que le asigne el supervisor del contrato.	**SI**
37	Asistencia a capacitaciones, programas de formación continua, y apropiación de procesos de inducción y reinducción.	**SI**
38	Planificación y supervisión de las actividades de enfermería dentro del quirófano o puesto al que haya sido asignado.	**SI**
39	Respuesta oportuna a solicitudes realizadas por el Supervisor del Contrato.	**SI**
40	Adherencia a protocolos, guías y procedimientos requeridos en la prestación del servicio.	**SI**
41	Gestionar la información, y/o documentos físicos, órdenes de procedimientos que se genere en el servicio de acuerdo a la necesidad del paciente y normatividad.	**SI**
42	Apoyar a los estudiantes en práctica que hagan parte de la relación docencia servicio.	**SI**
43	Reportar a biomédicos y mantenimiento en casos que se presente algún inconveniente con los equipos e infraestructura.	**SI**
44	Verificar que el paciente que egrese se le entregue órdenes médica, epicrisis, incapacidades, resumen de procedimientos, formato de patología, controles médicos y entre otros.	**SI**
45	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**
46	Las demás que determine el Gerente, el Supervisor y que se deriven de las necesidades de la E.S.E.	**SI**

Firma del contratista CC 26.670.001

Firma del supervisor cc 36.541.888

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	26670001
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			MAYUMI HERNANDEZ BOON HERNANDEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	RIOHACHA	DEPARTAMENTO:	GUAJIRA
DIRECCIÓN:	RIOHACHA	TELÉFONO:	3111111
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			4512064217	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	agosto	AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	agosto	AÑO 2023
DÍAS DE MORA:			18				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2023/09/22	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9995913876

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	$ 3.700	$ 0	$ 185.600	$ 3.700	$ 189.300
SUBTOTALES:										**$ 185.600**	**$ 3.700**	**$ 189.300**

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
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 145.000	$ 0	$ 2.900	$ 0	$ 145.000	$ 2.900	$ 0	$ 147.900
SUBTOTALES:													**$ 145.000**	**$ 2.900**	**$ 0**	**$ 147.900**

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	$ 600	$ 0	$ 28.900
SUBTOTALES:									**$ 28.300**	**$ 600**	**$ 0**	**$ 28.900**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN							SALUD					ARP								CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU
N°	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	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 26670001	HERNANDEZ BOON MAYUMI	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.160.000				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.160.000	$ 145.000	$ 0	$ 145.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.160.000	26670001	$ 28.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 366.100

Planilla Pagada