| 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: 25/10/2023 | |
| Nombres y apellidos : | STEPHANIE GREYS TORRES PAREJO | | | | cc | 1083468434 |
| Correo electrónico : | stepanietorres061989@gmail.com | | | | Teléfono de contacto: | |
| Dirección domicilio: | CALLE 19 17 #76 | | | | Ciudad: | CIENAGA |
| Régimen del IVA: | Simplificado x<br>Común | ¿Declarante de renta? | | NO | ¿Está obligado a facturar? NO | |
| ¿Personas a cargo? | | ¿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 DE BOGOTA | Tipo de cta.: | AHORRO | Nº Cuenta: | 220486849 | |

| DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº del contrato: | CD20233612 | Nº RP: | 5178 | N° CDP: | 1948 | Plazo - Duración: 3 MESES |
| ¿Adición o prorroga? | N/A | Tiempo prorrogado | | | | |
| Fecha de Inicio Contrato | 10/07/2023 | Fecha de Terminación Contrato | | 12/31/2023 | | Valor del Contrato: 5.400.000 |
| N° CDP (Adición): | | Objeto del Contrato | PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE. | | | |
| Nº RP: (Adición) | NA | | | | | |
| ¿Suspendido? | N/A | Fecha de reinicio | | N/A | Nueva Fecha de terminación N/A | |
| Valor Total del Contrato (adición) | | Periodo objeto de Cobro | | DEL | MES DE OCTUBRE | |
| Valor a pagar correspondiente al periodo objeto de cobro? | | | | $ 1,462,500 | | |

| LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN 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: 0 | |
| | | 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.** 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<br>STEPHANIE GREYS TORRES PAREJO<br>CC. 1.083.468.434 |

**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 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 del contrato<br>AURA DAZA PEÑA |
| **3.-** Que se realizó la verificación en el SECOP de la documentación y se aprueba para pago | CC 36541888 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| HUMB E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche | **INFORME DE ACTIVIDADES** | Código | FINC2F |
| | | Fecha de Aprobación: | 1/02/2019 |
| | | Versión: | 01 |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS AUXILIAR DE ENFERMERIA No.** CD20233612 | | DE FECHA | 7/10/2023 |
| **CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y** | | | |
| **STEPHANIE GREYS TORRES PAREJO** | CON | C.C Nº | 1083468434 |

| **I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | |
|---|---|
| **PERIODO QUE CUBRE EL INFORME:** | **PAGO – OCTUBRE 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 | Cumplimiento con el recibo y entrega de turno de acuerdo a la guía de la institución. | N/A |
| 2 | Proporcionar atención de enfermería a pacientes hospitalizados según las necesidades físicas, fisiológicas, psicológicas y sociales de cada paciente. | N/A |
| 3 | Cumple con el correcto uso de los Elementos de Protección Personal, así como la correcta segregación de estos de acuerdo a las normas de Bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad definida por la institución para la seguridad del trabajador y del paciente, así mismo como el manejo de la Ropa Sucia. | SI |
| 4 | Asiste a las rondas Medicas generales, médicos especialistas y de enfermería como esta protocolizado | N/A |
| 5 | Incumplimiento de los turnos asignados sin justificación que ocasione trastornos y/o alteraciones en la oportunidad de la prestación del servicio, serán objetos de glosas de la orden que se genere. | NO |
| 6 | Participa en la educación del usuario y familiar orientando a cerca de los cuidados a tener en cuenta para su pronta recuperación. | SI |
| 7 | Reporta en un plazo de 72 de horas las incapacidades ante la profesional de la Unidad de Enfermería. | SI |
| 8 | Promover en el servicio la cultura de los valores y principios éticos que permitan el desarrollo del trabajo en equipo, trato humanizado tanto con el paciente como con el personal de trabajo. | SI |
| 9 | Realizar limpieza y desinfección general de la unidad y del servicio según lo programado en el horario establecido, además la limpieza por habitación y/o cubículo cuando se realice un egreso del paciente y registrarlo en su debido formato. | SI |
| 10 | Los insumos se utilizan racionalmente garantizando eficiencia en la prestación del servicio | SI |
| 11 | Brindar orientación al estudiante que de acuerdo al convenio docencia-servicio tiene la institución con las universidades para el desarrollo de sus prácticas. | N/A |
| 12 | Cumplir con el arreglo y confección de apósitos de gasas y otro material necesario para realizar las actividades propias de los servicios, así como la preparación del material para su esterilización. | SI |
| 13 | Organiza y guarda de forma adecuada la información del cuidado del usuario en los registros de enfermería teniendo en cuenta las normas legales y de la organización. | SI |
| 14 | Apoyar a la enfermera en la preparación del carro de curaciones y asistir a la enfermera en las curaciones de heridas | N/A |
| 15 | Cumplir con 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 |
| 16 | Los inventarios de equipos, instrumentales, materiales, medicamentos e insumos de la institución se controlan según las normas establecidas. | SI |
| 17 | Los medicamentos preparados y administrados al usuario son de acuerdo con la prescripción del médico, guías y protocolos vigentes | N/A |
| 18 | La prevención de accidentes e incidentes se aplican según lo establecido con la atención. | SI |
| 19 | Los líquidos administrados y eliminados son monitoreados y registrados según las guías de manejo | SI |
| 20 | Los conocimientos adquiridos se aplican garantizando un cuidado de calidad | SI |
| 21 | Existe congruencia de lo que hace con lo que dice. | SI |
| 22 | Los turnos programados, llega a cumplir con las actividades asignadas a la hora estipulada, a su lugar de trabajo | SI |
| 23 | Establece y mantiene relaciones de trabajo amistosas y positivas, basadas en la comunicación abierta y fluida y en el respeto por los demás. | SI |
| 24 | Cumple con los procesos de enfermería para evitar infecciones y complicaciones (Normas de bioseguridad, asepsia y antisepsia) | SI |

| | | |
|---|---|---|
| 25 | Participa activamente en la organización del servicio | SI |
| 26 | Demuestra sentido de pertenencia en todas sus actuaciones. | SI |
| 27 | La imagen y presentación personal están de acuerdo con los protocolos del servicio. | SI |

Firma del contratista

Firma del supervisor

REPUBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps

*01 B 16746067*

*110655217*

I. MARCO DEL TRAMITE

1. TIPO DE TRAMITE
A. AFILIACION [X]
B. TRASLADO DE NO ASEGURADO [ ]

2. TIPO DE AFILIADO
A. Cotizante [ ] B. Beneficiario a cargo del cotizante [ ] C. Cabeza de familia [ ] D. Independiente [ ] E. Pensionado [ ] F. Institucional [ ] G. Un solo pago [ ]

3. REGIMEN
C. Contributivo [X]
S. Subsidiado [ ]

4. TIPO DE AFILIADO
CO Cotizante [X]
CP Cabeza de familia [ ]
BE Beneficiario [ ]

5. TIPO DE ESTUDIANTE
A. Obligatorio [ ] T. Trabajador [ ] P. Pensionado [ ] I. Independiente [ ] C. Cotizante [ ]

CODIGO 03

FECHA DE LA SOLICITUD

A. AFILIACIÓN

B. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN | Use esta opción a cabeza de familia

9. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: FLOREZ
SEGUNDO APELLIDO: PARRA
PRIMER NOMBRE: STEPHANIE
SEGUNDO NOMBRE: GREYS

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: X
8. NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1098360858
8. SEXO: F [X] M [ ]

10. FECHA NACIMIENTO: 02 07 97
11. NACIONALIDAD: COLOMBIA

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

12. ETNIA
13. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [ ]
14. ESCOLARIDAD
15. LA PERSONA ES GESTANTE? SI [ ] NO [ ]
16. CLASIFICACIÓN SISBEN
GRUPO
17. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL
18. NIVEL
19. No. FOLIO

20. DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: CARRERA 11 # 11-02
LOCALIDAD / COMUNA
BARRIO: VILLA LUZ
CIUDAD / MUNICIPIO: CUCUTA
DEPARTAMENTO: NORTE DE SANTANDER
ZONA: URBANA [X] RURAL [ ]
TELEFONO FIJO
EXT.
TELEFONO MOVIL: 3164025452
CORREO ELECTRONICO: STEPHANIEFLOREZ@HOTMAIL.COM

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos de identificación del beneficiario (cónyuge o compañero(a) permanente, padres, hijos)

21. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO
SEGUNDO APELLIDO
PRIMER NOMBRE
SEGUNDO NOMBRE
22. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
23. NUMERO DE IDENTIDAD
24. SEXO
25. FECHA NACIMIENTO
26. NACIONALIDAD

Datos básicos de identificación de los beneficiarios a que hay lugar, diligenciar únicamente

| 27. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS | 28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 29. NUMERO DE IDENTIDAD | 30. PARENTESCO | 31. SEXO | 32. FECHA NACIMIENTO (D M A) | 33. NACIONALIDAD | 34. No. CARNET EPS (Asignado por la EPS) | 35. No. FOLIO HISTORIA CLINICA (Asignado por la IPS) | 36. No. CARNET EPS (Asignado por la EPS) | 37. No. FOLIO HISTORIA CLINICA (Asignado por la IPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | |

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE LAS ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE LA PENSIÓN VOLUNTAL INSTITUCIONAL O DE VIDA

38. Nombres o Razón Social
39. Tipo documento de identificación
40. Número documento de identificación
41. Tipo de Aportante y Cotizante
42. UBICACIÓN Y DIRECCIÓN
43. FECHA INGRESO A LA EMPRESA
44. SALARIO

VI. REPORTE DE NOVEDADES

45. TIPO DE NOVEDAD
1. INCLUSIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
2. ACTUALIZACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
3. ACTUALIZACIÓN DEL NÚCLEO FAMILIAR DE BENEFICIARIOS
4. ACTUALIZACIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS
5. TRASLADO DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código
6. INSCRIPCIÓN EN LA EPS
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE APORTANTES
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE APORTANTES
9. RETIRO DE VINCULACIÓN LABORAL Y SUSPENSIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA COTIZAR
11. SUSPENSIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O CONTRACTUAL
12. INCLUSIÓN DE LA MADRE COTIZANTE AL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE
13. RETIRO
14. TRASLADO
15. INGRESO
16. REINGRESO
17. CAMBIO DE RÉGIMEN
18. CAMBIO DE TIPO DE AFILIADO
19. CAMBIO DE TIPO DE ESTUDIANTE
20. CAMBIO DE LA CALIDAD DE PENSIONADO
21. CAMBIO DE LA CALIDAD DE ESTUDIANTE
22. CAMBIO DE SEDE
23. CONTINUIDAD SOLIDARIA
24. SUSPENSIÓN DE GRUPO A FAMILIAS EN ACCIÓN

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

46. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO
SEGUNDO APELLIDO
PRIMER NOMBRE
SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
46. FECHA (a partir de)
47. EPS ANTERIOR Código
48. UBICACIÓN DEL TRABAJO
CA
UCF
CEA
49. CLAVE DE CONFIRMACIÓN PARA LAS EXCEPCIONES

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

50. Declaración de responsabilidad económica de los beneficiarios o afiliados adicionales (Cuando haya lugar a generación de cotización, que aplica únicamente para cotizantes dependientes o pensionados)
51. Declaración de no ser objeto de afiliarse al Régimen Contributivo (Especial o de Excepción)
52. Declaración de existencia de relación de familia (Cuando haya lugar a generación de cotización, que aplica únicamente para cotizantes dependientes o pensionados)
53. Declaración de no vinculación con otras actividades económicas, laborales o de servicios, beneficiario de servicios administrativos o de salud (Pensionado, Independiente)
54. Autorización para que la EPS acceda y consulte sobre la copia de la historia clínica de los beneficiarios de servicios y de los hijos menores de edad
55. Autorización para que la EPS, suministre la información que se genere de la atención a los usuarios de servicios de salud a la cuenta de alto costo y/o a las entidades territoriales de salud
56. Autorización para que la EPS realice el traslado de los datos personales de los afiliados a cualquier entidad promotora de salud a la que se afilien posteriormente
57. Autorización para que la EPS envíe información de carácter científico a la dirección, teléfono o medio suministrado en el Hogar
58. Autorización de los cotizantes para descuentos a la Cuenta de Ahorro Pensional
59. Autorización de la afiliación de los grupos familiares de Cotizantes Dependientes

VIII. CONTINUIDAD SOLIDARIA

60. En mayor de 18 años, no cotiza al Sistema General de Seguridad Social en Salud, pero hace parte del grupo familiar del cotizante principal

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO
SEGUNDO APELLIDO
PRIMER NOMBRE
SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
SEXO
FECHA NACIMIENTO
61. FIRMA

62. Autorizo a solicitar, cualquier información de mi cotización ante el operador financiero y/o el Fosyga

X. ANEXOS

63. Anexo copia del documento de identificación
Cantidad
64. Copia del formulario de afiliación debidamente diligenciado y firmado
65. Copia del registro civil de nacimiento o de la tarjeta de identidad, de los beneficiarios
66. Copia de la autorización de descuento de nómina (que aplica únicamente para cotizantes dependientes o pensionados)
67. Otro documento
Cuál es el documento anexado
68. Copia de la orden judicial o acta de entrega del menor
69. Copia de la partida eclesiástica o civil de nacimiento
70. Documento de que trata el artículo 2.1.3.1 del Decreto 780 de 2016 (Aplica únicamente para cotizantes dependientes o pensionados)
71. Copia de la solicitud de traslado que trata el artículo 2.1.3.2 del Decreto 780 de 2016
72. Copia del documento que acredite la calidad de cabeza de familia
73. Anexo copia del documento de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente
74. Copia de la solicitud de inscripción de la madre cotizante al cónyuge o compañero(a) permanente
75. Copia del documento que acredite la calidad de pensionado
76. Copia del documento que acredite la calidad de estudiante
77. Copia del documento que acredite la calidad de independiente
78. Copia del documento que acredite la calidad de beneficiario
79. Copia del documento que acredite la calidad de cotizante
80. Copia del documento que acredite la calidad de beneficiario a cargo del cotizante
81. Copia del documento que acredite la calidad de cotizante de pensión voluntaria
82. Copia del documento que acredite la calidad de cotizante de pensión voluntaria
83. Copia del documento que acredite la calidad de cotizante de pensión voluntaria
84. Copia del documento que acredite la calidad de cotizante de pensión voluntaria
85. Copia del documento que acredite la calidad de cotizante de pensión voluntaria
86. Copia del documento que acredite la calidad de cotizante de pensión voluntaria
87. Copia del documento que acredite la calidad de cotizante de pensión voluntaria
88. Copia del documento que acredite la calidad de cotizante de pensión voluntaria
89. Copia del documento que acredite la calidad de cotizante de pensión voluntaria
90. Copia del documento que acredite la calidad de cotizante de pensión voluntaria

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES O RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

91. Nombre(s) de la Entidad Territorial
92. Datos del SISBEN
Clasificación
Código del Municipio
Código del departamento
SI [ ] NO [ ]
93. Aplica para el régimen subsidiado
SI [ ] NO [ ]
CÓDIGO

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN

94. Nombre de la Institución
95. Código de la Institución
96. Nombre del funcionario
97. Firma del funcionario
98. Fecha de Validación

OBSERVACIONES

Diligenciar solo en el caso de novedades. El afiliado manifiesta la veracidad de la información suministrada y no las contradicciones contenidas en el capítulo VII del formulario

- 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

nueva eps
RECIBIDO PARA ESTUDIO
FECHA 5-12-2023
HUBO ACLARACIÓN

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:

**STEPHANIE GREYS TORRES PAREJO,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.083.468.434**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 28 de Septiembre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.