HUB ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Mendez Barreneche	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	Código FINC-[illegible]	Version 3
	FORMATO CUENTA DE COBRO Y CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO A CONTRATISTAS DE OPS	Fecha de vigencia 24/02/2023	
		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 25/10/2023	

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos :	FABIAN ENRIQUE GONZALEZ CASTRO				12,547,230
Correo electrónico :	fabiangonzalezcastro12@gmail.com			Teléfono de contacto:	3045415453
Dirección domicilio:	MANZANA 21 CASA 9 LUZ DEL MUNDO			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?		SI	
¿Ahorro Voluntario a cuentas AFC?	NO		¿Pago de Intereses crédito de Vivienda?		
Banco al cual consignar:	Banco Davivienda	Tipo de cta.:	AHORRO	Nº Cuenta:	117100079963

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	CD20233539	Nº RP:	4960	Nº CDP: 1948	Plazo - Duración: 3 Meses
¿Adición o prorroga?	NO	Tiempo prorrogado		N/A	Valor Adicionado: N/A
Fecha de Inicio Contrato	05/10/2023	Fecha de Terminación Contrato		31/12/2023	Valor del Contrato: $3.600.000
Nº CDP (Adición):	#nuevo	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)	#nuevo				
¿Suspendido?		Fecha de reinicio			Nueva Fecha de terminación
Valor Total del Contrato (adición)	NO	Periodo objeto de Cobro	Del	MES DE OCTUBRE 2023	
Valor a pagar correspondiente al periodo objeto de cobro?				1,800,000	

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

Mes de pagado de seguridad social		SEPTIEMBRE	IBC	$ 1,160,000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 145000	Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$185,600
Nivel / aporte de riesgo ARL 3	$ 28300	Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional: NO		
		Total Pago Seguridad Social		$337,500

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 veridica; 3. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

FABIAN ENRIQUE GONZALEZ CASTRO
12,547,230

CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, **CERTIFICO:**

1.- Que El Contratista desarrollo 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.

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

AURA STELLA DAZA PEÑA

36,541,888

Unidad Funcional de Enfer

INFORME DE ACTIVIDADES AUXILIAR DE ENFERMERIA	código	FINC2F	
	Fecha de Aprobación:	1/02/2019	
	Versión:	01	
ATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE No. CD20233539	DE FECHA	05/10/2023	

BRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

FABIAN ENRIQUE GONZALEZ CASTRO	CON	C.C Nº	12547230

INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE S

QUE CUBRE EL INFORME	PAGO MES DE OCTUBRE DE 2023
UNCIONAL EJECUCIÓN DE ES:	**Unidad Funcional de Enfermeria**
EL SUPERVISOR	AURA STELLA DAZA PEÑA

ACTIVIDADES ESPECÍFICAS REALIZADAS EN EL PERÍODO	CUMPLIÓ SI, NO N/A
bir y entregar turno de acuerdo a la guía.	SI
porcionar atención de enfermería a pacientes de consulta externa, hospitalizados ún las necesidades físicas, fisiológicas, psicológicas y sociales.	SI
cución de rutinas del servicio (toma de signos vitales, baño en cama, asistir en la mentación, toma de glucometría, cambios de posición, arreglo de la unidad, toma de estra de laboratorio, realizar venopunción y verificar signos de flebitis, instalar y rar infusiones de líquidos, asepsia a los implementos de trabajo como aspirador, oneras, pisingos, patos cada vez que sea necesario).	SI
alizar ante farmacia los insumos y medicamentos de los pacientes que egresen e gresen al servicio o cambio por orden médica	SI
alizar las respectivas devoluciones a farmacia de insumos o medicamentos que el ciente ya no requiera bajo la supervisión de la enfermera.	SI
cibir y entregar a los pacientes a los diferentes servicios con la lista de chequeo rrespondiente	SI
istir a la ronda médicas y a los especialistas, médicos generales durante los ocedimientos	SI
oyar a la enfermera en marcar el rotulo en la hora de instalar el medicamento.	SI
oyar al personal de enfermeras en los procedimientos (curaciones, colocación y retiro sonda vesical, sonda nasogástrica, E:CG, u otro procedimiento).	SI
alizar seguimiento diario y registrar todas las actividades y evoluciones del paciente la historia clínica durante el turno.	SI
o la resolución 1955 de 1999 y 839 del 2017 Cumplir con el diligenciamiento de los S, formatos de seguimiento, evaluación, facturación y registro propios de la E.S.E.	SI
adecuado y racional de elementos, recursos y demás medios institucionales.	SI
antizar la presencia oportuna, cuando se requiera hacer los procedimientos y res propias del auxiliar de enfermería en cualquier servicio de la E.S.E	SI
ponder por las daños y perjuicios en salud que se le generen a un usuario por su gencia, omisión, descuido, olvido exceso o cualquier otra acción imputable a su a	SI
rvación y reporte de signos de alarma presentados por sus pacientes	SI
mar a la profesional especializada de seguridad del paciente los incidentes, tos adversos y participar en reuniones para estudio de estos y todos los que deriven atención del paciente	SI
nar las fallas de material y equipo de servicios.	SI
ipar en los programas de enseñanza en servicio para desarrollo de personal rcionar orientación al paciente y familiar	SI
er a los pacientes con trato humanizado en el turno y / o área a asignada de la	SI

Universitario Julio Méndez Barraneche. Adicionalmente la garantía de los ofrecidos debe permitir que estos mantengan su calidad e inocuidad.	
mensual facturado dependerá de las actividades contratadas y cumplidas por contratista y verificados por el supervisor del contrato	SI
asepsia general semanal y diaria cuando egrese el paciente, registrar en el rresponidiente.	SI
ordenar y controlar las lencerías de los servicios a efectos de reposición de vestuario, relacionándose con los servicios de lavandería.	SI
adecuada segregación de los elementos de protección personal, residuos que se generen de la atención de los pacientes, de cualquier otro to y manejo de ropa sucia.	SI
trar oportunamente los elementos de protección personal y cumplir con el de estos. Diligenciar correctamente los formatos requeridos en los servicios	SI
os correctos de administración de medicamentos	SI
protocolos, guías y procedimientos requeridos en la prestación del servicio.	SI
ediatamente cualquier incapacidad a la profesional especializada de la fermería	SI
y limpieza del instrumental empleado en los procedimi es quirúrgicas, así como ayudar al Personal de enfermería en la orde s.	SI
as actividades definidas de acuerdo a contratación definido por partes con de turno y horas establecidas mensuales (192h)	
capacitaciones, programas de formación continua, y apropiación de inducción y reinducción.	SI
los usuarios a los distintos servicios y a otras instituciones de salud.	SI
ndicadores de Seguridad del Paciente y Humanización del Servicio.	SI
las de Enfermería a pacientes asignados en los tiempos reglamentados.	SI
cadáver y entregarle al familiar todas las pertenencias del paciente fallecido.	SI
a enfermera y médico de la fuga del paciente.	SI
guimiento a la administración de los medicamentos por la enfermera.	SI
ocesos de esterilización del instrumental, insumos y dispositivos médicos, el correcto empaquetamiento de este y el cumplimiento de los registros	SI
as y cada una de las actividades que asigne el supervisor del contrato y las determine el Gerente, y que se deriven de las necesidades de la E.S.E.	SI

a: FABIAN GONZALEZ CASTRO Firma del supervisor: AURA DAZA PEÑA

36541888

