ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NIT: 891780185
CARRERA 14 #23-42
4346262

AÑO: 2024 NÚMERO DE ACUERDO: 004 FECHA: 04/01/2024

REGISTROS PRESUPUESTALES No. 54
LA PROFESIONAL UNIVERSITARIA DE PRESUPUESTO
CERTIFICA

CERTIFICADO DISPONIBILIDAD No.2

TERCERO: 4979083 - GRANADOS INFANTE JAIME ALFONSO

QUE POR MEDIO DEL CUAL SE REGISTRA EN EL LIBRO DE PRESUPUESTO, LOS VALORES QUE SE RELACIONAN A CONTINUACION:

SERVICIO DE PERSONAL ASISTENCIAL DE ESTA ESE. SEGUN OPS 0118

VALOR: $ 1,800,000.00

UN MILLON OCHOCIENTOS MIL (PESOS)

Código Rubro	Descripción	Lugar	Valor
2.4.5.02.09.901.20	servicios personales (personal asistencial)	ESE JULIO MENDEZ BARRENECHE	1,800,000

Contrato	No. Contrato	Fecha Inicial	Fecha Final
PRESTACION DE SERVICIOS	0118		

LEDYS GALINDO MORALES
PROFESIONAL UNIVERSITARIO PRESUPUESTO

MARGARITA CECILIA OROZCO ESLAIT
SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

USUARIO IMPRIME: ANDRES JESUS ARMANDO GAMEZ AND
IMPRESO POR: Sistemas CitiSalud SAS
ELABORADO POR: ANDRES JESUS ARMANDO GAMEZ AND

Powered by CamScanner

E.S.E. Hospital Universitario JULIO MÉNDEZ BARRENECHE	**ACTA DE DESIGNACIÓN DE SUPERVISOR**	CÓDIGO: GJC24F VERSIÓN: 02 FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024 Página **1** de **1**

PARA: PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA
DE: GERENTE
ASUNTO: Designación de Supervisor

En calidad de ordenador del gasto me permito comunicarle que ha sido designado(a) como Supervisor del siguiente contrato:

CONTRATO	CONTRATISTA	OBJETO	PLAZO
CD20240118	JAIME ALFONSO GRANADOS INFANTE	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.	Previa legalización, sin exceder el 31 de enero de 2024

En su actuación como Supervisor, está en la obligación de mantener un estricto control sobre la ejecución del objeto y obligaciones contractuales, por cuanto de conformidad con lo establecido en los artículos 51 y 56 de la Ley 80 de 1993, la Ley 1952 de 2019 y la Ley 1474 de 2011, el supervisor responderá disciplinaria, fiscal, civil y penalmente por sus acciones y omisiones en la actuación contractual, en los términos de la Constitución y la Ley.

Adicionalmente estará obligado a dar estricto cumplimiento a las obligaciones que defina la entidad a través del Manual de Contratación, el Manual de Supervisión e interventoría y las circulares que se expidan, y el Grupo de Trabajo de Contratación a través de la Oficina Asesora Jurídica y Control Disciplinario respecto de los asuntos referidos a la ejecución contractual y la etapa postcontractual.

Los supervisores están obligados a expedir los informes de supervisión y demás documentos de la ejecución contractual los cuales deberán presentarse dentro del término que se señale en el clausulado contractual o cuando sea requerido por el ordenador del gasto para que reposen en el expediente contractual de la Entidad.

Dentro de sus obligaciones principales está la vigilancia del cumplimiento del plazo de ejecución, de las obligaciones y del cronograma de actividades, si lo hubiere, así como informar al Grupo de Trabajo de Contratación cualquier acontecimiento que impida el normal desarrollo del contrato o convenio, estudiar las solicitudes, sugerencias, reclamaciones y consultas del contratista, exigir la documentación e información que estime pertinente y necesaria para el cabal cumplimiento de sus obligaciones como supervisor, exigir la acreditación del cumplimiento de las obligaciones adquiridas con el sistema de seguridad social integral y parafiscales según sea el caso, aprobar las solicitudes de pago, y todas las demás obligaciones que deban cumplir las partes y/o el contratista, señaladas en el respectivo contrato o convenio.

Una vez finalice el contrato o convenio cuya supervisión le corresponda, tendrá la obligación de expedir un informe final de supervisión, la certificación final de cumplimiento del objeto contractual y proyectar el acta de liquidación respectiva, en los casos que aplique, la cual deberá venir acompañada de la certificación de pagos y el certificado de saldos y pagos expedidos por el Grupo de Trabajo de Tesorería y el Grupo de Trabajo de Contabilidad.

Todos los documentos antes citados deberán ser remitidos al Grupo de Trabajo de Contratación para su revisión y trámite pertinente, con el fin de dar cumplimiento al procedimiento de liquidación contractual.

GERMAN GAVIRIA VARGAS MOSQUERA
GERENTE

COPIA CONTROLADA

Powered by CamScanner

ACTA DE INICIO CONTRATO NO. CD20240118 DE 2024.

ENTIDAD:	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE
CONTRATISTA:	GRANADOS INFANTE JAIME ALFONSO
VALOR:	1800000
OBJETO DEL CONVENIO:	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.
CRP N°	54 DEL 04 DE ENERO DE 2024
TÉRMINO DE EJECUCIÓN:	EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO ES A PARTIR DE SU LEGALIZACIÓN (REGISTRO PRESUPUESTAL (RP) Y SUSCRIPCIÓN ACTA DE INICIO) HASTA EL 31 DE ENERO DE 2024

Entre los suscritos a saber **AURA STELLA DAZA PEÑA,** Profesional Especializado de la Unidad Funcional de Enfermería, quien actúa como Supervisor del contrato No. CD20240118, y por la otra, **GRANADOS INFANTE JAIME ALFONSO,** en calidad de contratista quienes se reúnen para dar inicio al contrato en mención, cuyo objeto es el mencionado en la parte superior del presente documento.

Para constancia, se firma en Santa Marta, D.T.C. e H. el 04 DE ENERO DE 2024.

Supervisor.

AURA STELLA DAZA PEÑA
C.C Nº 36541888

Contratista.

GRANADOS INFANTE JAIME ALFONSO
C.C Nº 4979083

Powered by CamScanner

	FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	Código: GJC23F	Versión: 2
		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024	
		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/01/2024	

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y JAIME ALFONSO GRANADOS INFANTE CON C.C Nº 4979083

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

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					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20240118			DE FECHA		04/01/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$1.800.000			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:		$896.000
Nº PAGO / Nº DE INFORME::	(1) UNO DE (1)UNO	Nº CRP:		54	Nº CDP:	2
PLAZO DEL CONTRATO	(1) UN MES(ES)	FECHA DEL ACTA DE INICIO:		04/01/2024		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		AURA DAZA PEÑA				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	N/A	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				N/A	
VALOR ADICIONADO	N/A	CDP DE LA ADICIÓN:	N/A	CRP DE LA ADICIÓN:	N/A	TIEMPO PRORROGADO:	N/A

III. POLIZAS (SI APLICA)

Nº DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	N/A

IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO
(Deben ser coherentes con las actividades especificas del objeto del contrato)

1	Recibi y entregue turno de acuerdo a la guia
2	Ejecute rutinas del servicio(toma de signos vitales,baño en cama,,asisti en la alimentacion,toma de glucomettia,cambios de posiciones,arreglo de la unidad,toma de muestra para laboratorios,realize venopuncion y verifique signos de flebitis,instale y retire infusiones de liquidos,asepsia a los implementos de trabajo como aspirador riñoneras, patos cada vez que sea necesario
3	Realize ante farmacia los insumos y medicamentos de los pacientes que egresaron e ingresaron al servicio y cambio de ordenes medicas
4	Realize las respectivas devoluciones a farmacia de insumos o medicamentos que el paciente ya no requeria bajo la supervision de la enfermera
5	Recibi y entrege paciente a los diferentes servicios con su lista de chequeo correspondiente
6	apoye a la enfermera en marcar el rotulo en la hora de instalar el medicamento
7	Realize seguimiento diario y registre toadas la actividades y evoluciones del paciente en la historia clinca durante el turno
8	garantize la presencia oportuna, cuando fui requerida para hacer los procedimentos y labores propias de auxiliar de enfermeria en cualquier servicio de la E.S.E
9	Atendi a los paciente con trato hamanizado en el turno y area asignada de la E.S.E
10	observe y reporte los signos de alarmas presentadas por el paciente
11	Garantizo que la prestacion de servicio objeto del contrato cumplio estrictamente las caracteristicas y referencias descritas en el presente documento,las cuales se agustan a las normas de calidad de conformidad con lo establecido por la E.S.E Hospital Universitario Julio Mendez Barreneche.Adicionalmente la garantia de los servicios ofrecidos y permitis que estos mantengan su calidad e idioneidad
12	el valor mensual a facturar dependio de las actividades contratadas y cumplidas por parte del contratista y verificado por el supervisor del contrato
13	Cumpli con los turnos elaborados por la unidad funcional de enfermeria y realize informe de las actividades realizadas y el cumplimiento de las mismas
14	Realize asepsia general semanal y diaria cuando egreso el paciente y registre en el formato correspondiente
15	Realize adecuadamente la segregacion de los elementos de proteccion personal,residuos hospitalarios que se generan de la atencion de los pacientes,de cualquier otro procedimento y manejo de ropa sucia
16	Realice la notoficacion oportuna de los eventos adversos que se presento con el paciente durante su estancia hospitalaria
17	Recibi y registre oportunamente los elementos de proteccion personal y cumpli con el correcto uso de estos, diligencie correctamente los formatos requeridos del servicio
18	No desarrolle las actividades definidas de acuerdo a contratacion definida por parte de las agendas de turno y horas establecidas mensuales (192horas)
19	Realize notas de enfermeria a pacientes asignados en los tiempos reglamentarios
20	Realize todas y cada una de las actividades que me asigno el supervisor del contrato
21	Aplique indicadores de Seguridad del paciente y humanizacion del servicio
22	Realizar seguimiento a la administracion de los medicamentos por la enfermera
23	Garantizo que la prestacion de servicio objeto del contrato cumplio estrictamente las caracteristicas y referencias descritas en el presente documento,las cuales se agustan a las normas de calidad de conformidad con lo establecido por la E.S.E Hospital Universitario Julio Mendez Barreneche.Adicionalmente la garantia de los servicios ofrecidos y permitis que estos mantengan su calidad e idioneidad
24	Las demas que determine el Gernte, el Supervisor y que se deriven las necesidades de la E.S.E

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	4529549648	OPERADOR:	SOI

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	27/12/2023	$ 145.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	27/12/2023	$ 185.600
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	27/12/2023	$ 28.300

VI.DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social por el valor que exige la Ley, pago del cual anexo copia simple.
3.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

VII. ANEXOS
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

*Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

FIRMA DEL CONTRATISTA:	Jaime Granados
Nº. IDENTIFICACIÓN:	4979083

Powered by CamScanner

HJMB E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE	FORMATO INFORME DE SUPERVISOR	Código: GJC22F	Versión: 1
		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/01/2024	
		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/01/2024	

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y

JAIME ALFONSO GRANADOS INFANTE

CON C.C N° 4979083

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASOISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20240118**		**DE FECHA**		**04/01/2024**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	**$1.800.000**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:**		**$896.000**
N° PAGO / N° DE INFORME::	**UNO (1) DE UNO (1)**	**N° CRP:**	**54**	**N° CDP:**	**2**
PLAZO DEL CONTRATO	**(1) UN MES(ES)**	**FECHA DEL ACTA DE INICIO:**		**04/01/2024**	
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		**4529549648**	**OPERADOR:**	**SOI**	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		**UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA**			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		**AURA ESTELA DAZA PEÑA**			

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	**N/A**	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				**N/A**	
VALOR ADICIONADO	**N/A**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**N/A**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**N/A**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**N/A**

III. POLIZAS (SI APLICA)

N° DE PÓLIZA:	**XX**	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	**XX**
FECHA DE LA PÓLIZA	**DD/MM/AAAA**	**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**	**XX**

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DEL MES DE ENERO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	El contrato se encuentra debidamente legalizado.	X	
2	El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades.	X	
3	Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en su respectiva carpeta contractual.	X	
4	Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.	X	

Teniendo en cuenta lo anterior, en mi calidad de supervisor doy visto bueno para el respectivo pago correspondiente al periodo N° 1 (UNO) de 1 (UNO)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	Aura Stella Daza P.
N°. IDENTIFICACIÓN:	**36.541.888**

Powered by CamScanner

SOI Pagos de Seguridad Social

Bancoomeva

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	4979083
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JAIME ALFONSO GRANADOS INFANTE
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	SANTA MARTA	TELÉFONO:	4000000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:				4529549648	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	diciembre	AÑO	2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	diciembre AÑO	2023
DÍAS DE MORA:				0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):				2023/12/27	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9997172945

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 185.600	$ 0	$ 185.600
SUBTOTALES:										$ 185.600	$ 0	$ 185.600

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 145.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 145.000	$ 0	$ 0	$ 145.000
SUBTOTALES:													$ 145.000	$ 0	$ 0	$ 145.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

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

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	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 4979083	GRANADOS INFANTE JAIME ALFONSO	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	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
1	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.160.000	$ 145.000	$ 0	$ 145.000

SEGURIDAD SOCIAL — ARP

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.160.000	4979083	$ 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	$ 358.900

Planilla Pagada

Powered by CamScanner

AVIDANTI S.A.S.
NIT: 800185449 - 9
Sede: Clínica Avidanti Santa Marta
Código Habilitación: 470010153901
Cra 4 No. 26 A - 71, Santa marta - MAGDALENA - Tel: 5-4237123

AVIDANTI

PACIENTE: JAIME ALFONSO GRANADOS INPANTE (4979083)

ADMISION No. 1102711

Identificación	CC 4979083	**Sexo al nacer**	Hombre	**Fecha Ingreso**	16/01/2024 3:05:00 p. m.
Fecha nac.	21/05/1965	**Edad Ingreso**	58 años	**Ubicación**	CASM-Hospitalización 1 piso
Tel.	0000 - 3044837070			**Clase de Ingreso**	Urgencias
Dirección	CRA 16 A N 7-82 OBRERO			**Origen**	Otro
Municipio	Santa marta			**Servicio**	Servicio de Urgencias
Departamento	MAGDALENA			**Contrato**	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S A S
Tipo de zona	Zona Urbana			**NIT**	800251440
Acomp.:	ORIANA GRANADOS - Hijo			**Plan**	CONTRIBUTIVO- Cotizante

INCAPACIDAD UBICACIÓN: CASM-HOSPITALIZACIÓN 1 PISO . FECHA EVENTO: 17/01/2024 10:58:00 p. m.

Incapacidad **No 73951**

Modalidad del servicio	Intramural
Origen de incapacidad	Común
Razón principal	Enfermedad General
Diagnostico principal	S826
Diagnóstico relacionado	S823
Fecha de inicio	17 - ene. - 2024
Días	25
Fecha hasta	10 - feb. - 2024
Dirigido a	QUIEN CORRESPONDA

Nicolas miranda n

NICOLAS MIRANDA NOGUERA
CC 1083032893
MEDICINA GENERAL
R.M. 1083032893-CC1083032893

Powered by CamScanner

AVIDANTI S.A.S.
NIT: 800185449 - 9
Sede: Clínica Avidanti Santa Marta
Código Habilitación: 470010153901
Cra 4 No. 26 A - 71, Santa marta - MAGDALENA - Tel: 5-4237123

AVIDANTI

PACIENTE: JAIME ALFONSO GRANADOS INFANTE (4979083)

Sala de cirugía	CASM-Sala de Cirugía 2		Prioridad	Inmediato
Consentimiento Informado				
Inicio de cirugía	2024-01-17 16:30	Fin de cirugía	2024-01-17 17:00	

Tipo de anestesia: Regional

PRE-Operatorio

Código	Diagnóstico
S826	FRACTURA DEL MALEOLO EXTERNO
G430	MIGRAÑA SIN AURA [MIGRAÑA COMUN]
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
S823	FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DELA TIBIA

Equipo Quirúrgico	Cargo	Especialidad
OLAVE DIANA	Anestesiologo	Anestesiología
MATA NOEMI	Instrumentador/a	Instrumentador Quirurgico
PRADO VIVIANA	Auxiliar	Auxiliar de Enfermería
MEZA JOSE	Medico Ayudante	Medicina General
CONSUEGRA RAUL	Cirujano	Ortopedia y Traumatología

Procedimiento	Tipo de herida	Finalidad	Lateralidad	Duración (Min.)	Cirujano principal	Tipo acto Qx
REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE TIBIA DIAFISIARIA CON FIJACION INTERNA(793716) - PRINCIPAL	Limpia	Terapeutico	Izquierdo	30	CONSUEGRA RAUL	Básica

Descripción: PACIENTE EN DECÚBITO SUPINO, BAJO EFECTOS DE ANESTESIA, PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA, COLOCACIÓN DE CAMPOS QUIRÚRGICOS SEGÚN TÉCNICA, SE REALIZA MÍNIMA INCISIÓN EN CARA ANTEROINTERNA DE TOBILLO IZQUIERDO, SOBRE MALEOLO MEDIAL, DIVULSIÓN POR PLANOS HASTA LLEGAR A FOCO DE FRACTURA. SE REALIZA REDUCCIÓN DIRECTA Y SE PROCEDE A FIJAR TRANSITORIAMENTE CON 2 CLAVOS DE KIRSHNER ROSCADOS DE 1.0mm, SE VISUALIZA CON INTENSIFICADOR DE IMAGEN REDUCCIÓN SATISFACTORIA Y SE PROCEDE A IMPLANTAR 2 TORNILLOS CANULADOS DE 3.5mm DE TAMAÑO COMO FIGURA EN EL CERTIFICADO DE IMPLANTE Y 1 ARANDELA DE 3.5mm. SE VISUALIZA CON INTENSIFICADOR DE IMAGEN REDUCCIÓN SATISFACTORIA, CIERRE POR PLANOS Y SE CUBRE CON VENDAJE ESTÉRIL.
PACIENTE TOLERA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES

Hallazgos: .

Sangrado: .

Anotaciones: .

Destino: Recuperación

Recuento de materiales: Completo

N°Controles postoperatorios: 1

VIGILADA POR SUPERINTENDENCIA DE SALUD ***A causa de la pandemia por SARS COV2 - COVID 19 y a pesar que la Clínica Avidanti ha seguido todos los lineamientos y protocolos para evitar la propagación del virus, no estamos sin riesgo de contagio de esta enfermedad al momento de recibir atención presencial en la institución. Por tanto, se recomienda seguir las medidas de distanciamiento social, lavado de manos y uso de equipos de protección personal dada solo por el personal de salud ***

Powered by CamScanner

AVIDANTI S.A.S.
NIT: 800185449 - 9
Sede: Clinica Avidanti Santa Marta
Código Habilitación: 470010153901
Cra 4 No. 26 A - 71, Santa marta - MAGDALENA - Tel: 5-4237123

AVIDA

PACIENTE: JAIME ALFONSO GRANADOS INFANTE (4979083)

Subjetivo

00

Análisis médico

REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE TIBIA DIAFISIARIA CON FIJACION INTERNA

Plan de tratamiento

cefalexina 500mg cada 8 horas por 7 dias
acetaminofen 1 gramo cada 8 horas por 7 dias

Otros eventos

Procedimientos Quirurgicos

Cirugía. Profesional: RAUL GAMANUEL CONSUEGRA GONZALEZ. Fecha: 2024-01-17 17:05

VIGILADA POR SUPERINTENDENCIA DE SALUD ***A causa de la pandemia por SARS COV2 - COVID 19 y a pesar que la Clínica Avidanti ha seguido todos los lineamientos y protocolos para evitar la [illegible] de esta enfermedad al momento de recibir atención presencial en la institución. Por tanto, se recomienda seguir las medidas de distanciamiento social, lavado [illegible]

Powered by CamScanner

AVIDANTI S.A.S.
NIT: 800185449 - 9
Sede: Clínica Avidanti Santa Marta
Código Habilitación: 470010153901
Cra 4 No. 26 A - 71, Santa marta - MAGDALENA - Tel: 5-4237123

AVIDANTI

PACIENTE: JAIME ALFONSO GRANADOS INFANTE (4979083)

ADMISION No. 1102711

Identificación	CC 4979083	**Sexo al nacer**	Hombre	**Fecha Ingreso**	16/01/2024 3:05:00 p. m.
Fecha nac.	21/05/1965	**Edad Ingreso**	58 años	**Ubicación**	CASM-Hospitalización 1 piso
Tel.	0000 - 3044837070			**Clase de Ingreso**	Urgencias
Dirección	CRA 16 A N 7-82 OBRERO			**Origen**	Otro
Municipio	Santa marta			**Servicio**	Servicio de Urgencias
Departamento	MAGDALENA			**Contrato**	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S A S
Tipo de zona	Zona Urbana			**NIT**	800251440
Acomp.:	ORIANA GRANADOS - Hijo			**Plan**	CONTRIBUTIVO- Cotizante

INCAPACIDAD UBICACIÓN: CASM-HOSPITALIZACIÓN 1 PISO . FECHA EVENTO: 17/01/2024 10:58:00 p. m. **No 73951**

Incapacidad

Modalidad del servicio	Intramural
Origen de incapacidad	Común
Razón principal	Enfermedad General
Diagnostico principal	S826
Diagnóstico relacionado	S823
Fecha de inicio	17 - ene. - 2024
Días	25
Fecha hasta	10 - feb. - 2024
Dirigido a	QUIEN CORRESPONDA

Nicolas miranda n

NICOLAS MIRANDA NOGUERA
CC 1083032893
MEDICINA GENERAL
R.M. 1083032893-CC1083032893

VIGILADA POR SUPERINTENDENCIA DE SALUD ***A causa de la pandemia por SARS COV2 - COVID 19 y a pesar que la Clínica Avidanti ha seguido todos los lineamientos y protocolos para evitar la propagación genera un riesgo de contagio de esta enfermedad al momento de recibir atención presencial en la institución. Por tanto, se recomienda seguir las medidas de distanciamiento social, lavado de manos y uso de equipos de protección indicada por el personal de salud.***

Powered by CamScanner

CUENTA DE COBRO

DATOS DEL CONTRATISTA					
NOMBRES Y APELLIDOS:	JAIME ALFONSO GRANADOS INFANTE			FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/01/2024	
				CC:	4979083
				RUT:	4979083-8
CORREO ELECTRÓNICO:	JAIMEGRANADOS592@GMAIL,COM			TELÉFONO DE CONTACTO: 3044837070	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CARRERA 16 A 782 BARRIO OBRERO			CIUDAD:	SANTA MARTA
RÉGIMEN DEL IVA:	SIMPLIFICADO COMÚNSIMPLIFICADO COMÚN [x]	¿DECLARANTE DE RENTA?		SI	¿ESTÁ OBLIGADO A FACTURAR?
¿PERSONAS A CARGO?	2	¿APORTE VOLUNTARIO A FONDO DE PENSIONES?		NO	
¿AHORRO VOLUNTARIO A CUENTAS AFC?	NO	¿PAGO DE INTERESES CRÉDITO DE VIVIENDA? NO¿PAGO DE INTERESES CRÉDITO DE VIVIENDA? NO			
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	DAVIVIENDA	TIPO DE CTA.:	AHORRO	Nº CUENTA:	116500122589

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	CD20240118	Nº RP:	54	Nº CDP:	2	PLAZO – DURACIÓN: 1 MES
¿ADICIÓN O PRORROGA?	NO	TIEMPO PRORROGADO		NO		VALOR ADICIONADO: NO ADICIONADO: NO
FECHA DE INICIO CONTRATO	04/01/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/01/2024		VALOR DEL CONTRATO: 1.800.000
N° CDP (ADICIÓN):	NO	OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN 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)	NO					
¿SUSPENDIDO?	NO	FECHA DE REINICIO:	DD/MM/AAAA	NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN:	DD/MM/AAAA	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO (ADICIÓN)	NO	PERIODO OBJETO DE COBRO:	MES DE ENERO DE 2024			
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO?		896000 INCAPACITADO				

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
MES DE PAGADO DE SEGURIDAD SOCIAL		diciembre	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: NO	
			TOTAL PAGO SEGURIDAD SOCIAL: $358.900	

Jaime Granados

JAIME ALFONSO GRANADOS INFANTE

C.C: 4.979.083

Powered by CamScanner

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20240118 DEL 2024

NO. DEL CONTRATO	CD20240118 DEL 2024
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	JAIME ALFONSO GRANADOS INFANTE
NO. DE IDENTIDAD	9.979.083
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
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	UN MILLON OCHOCIENTOS MIL PESO($1.800,000)
FORMA DE PAGO	1 PAGO POR VALOR DE ($ $896.000) PARCIAL DE CONFORMIDAD CON EL INFORME DE LA EJECUCION DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES REALIZADAS,PREVIA CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE EXPEDIDA POR PARTE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATOMENSUAL
PLAZO DE EJECUCIÓN	PREVIA LEGALIZACION DEL CONTRATO SIN EXCEDER DEL 31 DE ENERO 2024
CDP	2
REGISTRO PRESUPUESTAL	54
FECHA DE ACTA DE INICIO	04/01/24
FECHA DE TERMINACION CONTRATO	31/01/24
SUPERVISOR DEL CONTRATO	PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA

Entre los suscritos, **AURA DAZA PEÑA,** mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número N° **36.541.888** expedid Santa Marta, obrando en calidad de **PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA** quien actúa c supervisor del contrato **CD20240118 DE 2024** por otra parteJAIME ALFONSO GRANADOS INFANTE, identificado con la cedul ciudadanía No.4.979.083 en su condición de contratista se reunieron para firmar acta de finalización de contrato.

Por último el hospital se declara que no existe emolumento alguno entre las partes y con todo concepto respecto de las obligaciones m pactadas en el contrato prestación de servicios en referencia.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta a los **31** días, del mes de **ENERO** del año **2024**.

SUPERVISOR,

AURA DAZA PEÑA
C.C. 36.541.888

CONTRATISTA,

JAIME ALFONSO GRANADOS INFANTE
C.C 4.979.083

Powered by CamScanner