E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE	FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	Código: GJC23F	Versión: 2
		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024	
		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 20/03/2024	

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y MARISOL MANGA GAMERO CON C.C Nº 1.083.042.501

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20241425			DE FECHA		16/02/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$6.200.000			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:		$3.100.000
N° PAGO / N° DE INFORME::	2 DE 2		Nº CRP:	1761	N° CDP:	300
PLAZO DEL CONTRATO	(2) DOS MES(ES)		FECHA DEL ACTA DE INICIO:	16/02/2024		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	AURA STELLA 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:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	N/A

ITEM	IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO
1	Planeé, organicé dirigi, realicé las gestiones necesarias para lograr el funcionamiento de los servicios de acuerdo a los planes y programas establecidos.
2	Solucioné los problemas detectados o comunicados; si están fuera de su alcance derivarlos al nivel jerárquico correspondiente (coordinadores de areas)
3	Realicé Rondas de Seguridad de Paciente diaria: Identificación de paciente, Venopunciones, Equipos invasivos, segregación de residuos hospitalarios, orden y aseo de los servicios
4	Verifiqué la aplicación de listas de chequeo para el control en la prevención de infecciones y procesos básicos de Enfermería.
6	Velé por el cumplimiento de los protocolos, procesos y formatos de los diferentes servicios.
7	Comprobé la realización de la asepsia en los diferentes servicios y que se encuentre bien organizado los sitios de trabajo.
8	Verifiqué que se registrarán en los formatos correspondiente la asepsia, equipos biomédicos, carro de paro, kit obstétricos, bitácoras ingreso y egreso de pacientes, bitácoras de enfermería, registros de elementos de protección personal, asignación de pacientes y roles, reservas de hemoderivados, lavandería, muestras sanguíneas, etc
9	Vigilé el uso adecuado de registros de enfermería: Expediente clínico, censo, registros estadísticos, planes de asignación, rotación y otros.
10	Supervisé que el personal a cargo cumpla con sus funciones asignadas.
11	Detecté la necesidad de material/equipo de los servicios y gestionar la adquisición.
12	Verifiqué que se cumpla con la notificación inmediata de los eventos adversos y/o incidentes que se presenten en la atención del paciente.
13	Participé en la actualización de documentos e instrumentos técnico administrativos de la unidad de Enfermería.
14	Informé al jefe inmediato de forma escrita de cualesquiera anomalías que se presente en los servicios.
15	Particié en las reuniones internas de la institución y que sean delegada por la jefe inmediata.
16	Verifiqué la preparación adecuada de los estudios y cirugía.
17	Verifiqué, realicé y gestioné el registro de eventos adversos, e incidentes y de infecciones intrahospitalarias presentados en el servicio.
18	Gestiné de estudios diagnóstico, estudios especiales e interconsultas, etc.
19	Proporcioné orientación a los estudiantes y al personal de inducción
20	Gestioné oportunamente las órdenes de transfusiones indicada para cada paciente y verificación de este procedimiento
21	Gestioné la asignación de las camas del servicio y a otro servicio
22	Verifiqué el registro de las curaciones de las enfermeras asistenciales
23	Notifiqué de daño a mantenimiento, realizar ronda conjuntamente con mantenimiento.
24	Informé por escrito, diariamente a coordinación los inconvenientes presentados en cada servicio.
25	Verifiqué el cumplimiento de la presentación personal de enfermería
26	Recibí y entregué turno de acuerdo a la guía institucional.
27	Asigné pacientes, consultorios al personal de auxiliar de Enfermería y enfermera asistencial antes de la ronda de Enfermería
28	Propicioné un ambiente agradable, utilizando siempre la comunicación asertiva tanto con paciente, familiar y grupo de trabajo
29	Elaboré reporte de enfermería
30	Maneje y controlé el material y equipo en la atención del paciente.
31	Garantizcé 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.
32	Entregué historia clínica a facturación de paciente que tengan egresos en el orden establecidos
33	Respondí 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.
34	Participé en las jornadas científicas, actividades académicas y de investigación.
35	Verifiqué el correcto diligenciamiento del formato de SIVIGILA
36	Diligencié la Historia clínica de los pacientes cumpliendo con los parámetros establecidos en la Resolución No. 1995 de Julio 08 1.999 y demás normas legales que la complementen, sustituyan o deroguen.

37	Realicé 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.
38	Tevé comunicación las 24 horas del día para su fácil localización en casos de urgencias, para lo cual deberán certificar el número telefónico.
39	Solicité los productos de asepsia y Supervisé la desinfección en el servicio y registrarlo en el formato correspondiente
40	Supervisé el cuidado, conservación y reposición de batas, sabanillas, sabanas, toallas, etc.
41	Presté 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.
42	Cumplí con los turnos elaborados por la Unidad funcional de enfermería y realizar un informe de las actividades realizadas y el cumplimiento de las mismas.
43	Hacé uso racional de los insumos y elementos que se encuentren dentro del stock del servicio, velando por su adecuada utilización.
44	Proporcioné educación y orientación a pacientes y familiares para la conservación de la salud y tratamiento médico especifico.
45	Vigilé la conservación y uso adecuado de la capacidad instala del servicio.
46	Participé 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.
47	Desarrollé las actividades definidas de acuerdo a contratación definido por partes con las agendas de turno y horas establecidas mensuales (192h)
48	Apliqué los indicadores de Seguridad del Paciente y Humanización del Servicio.
49	Obré con diligencia y el cuidado necesario en los asuntos que le asigne el supervisor del contrato.
50	Planifqué y supervisé que las actividades de enfermería dentro del quirófano o puesto al que haya sido asignado
51	Respondí oportunamente a solicitudes realizadas por el Supervisor del Contrato.
52	Adherecí a protocolos, guías y procedimientos requeridos en la prestación del servicio
53	Apoyé a los estudiantes en práctica que hagan parte de la relación docencia servicio
54	Reporté a biomédicos y mantenimiento en casos que se presente algún inconveniente con los equipos e infraestructura.
55	Verifiqué que el paciente que egrese se le entregue ordenes médica, epicrisis, incapacidades, resumen de procedimientos, formato de patología, controles médicos formulas médicas y entre otros
54	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.
57	Asistí a capacitaciones, programas de formación continua, y apropiación de procesos de inducción y reinducción.
58	Las demás que determine el Gerente, el Supervisor y que se deriven de las necesidades de la E.S.E.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9463066277	OPERADOR:	APORTE EN LINEA
SALUD:	COOSALUD	04/03/2024	$162,500
PENSIÓN:	PORVENIR	04/03/2024	$208,000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	04/03/2024	$31,700

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 periodo correspondiente

FIRMA DEL CONTRATISTA:	
Nº. IDENTIFICACIÓN:	1083041501

HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE	FORMATO INFORME DE SUPERVISOR	Código: GJC22F	Versión: 1
		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/01/2024	
		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 20/03/2024	

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

MARISOL MANGA GAMERO

CON C.C Nº 1083042501

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20241425		DE FECHA		16/02/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$6.200.000		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:		$3.100.000
N° PAGO / N° DE INFORME::	2 DE 2	Nº CRP:	1761	Nº CDP:	300
PLAZO DEL CONTRATO	(2) DOS MES(ES)	FECHA DEL ACTA DE INICIO:		16/02/2024	
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9463066277	OPERADOR:	APORTES EN LINEA		
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 MARZO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1		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° 2 (DOS) de 2 (DOS)

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

CUENTA DE COBRO

DATOS DEL CONTRATISTA			
NOMBRES Y APELLIDOS:	MARISOL MANGA GAMERO	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 20/03/2024	
		CC:	1.083.042.501
CORREO ELECTRÓNICO:	marisol.manga2901@gmail.com	RUT:	1083042501-1
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CARRERA 7 N° 32-49 APTO 9 MANZANARES	TELEFONO:	3225860792
		CIUDAD:	SANTA MARTA

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.

No tomaré costos y deducciones	**(X)**
Si tomaré costos y deducciones	**(____)**

La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	CD20241425	Nº RP:	1761	N° CDP:	300	PLAZO - DURACIÓN: 2 MES
¿ADICIÓN O PRORROGA?	NO	TIEMPO PRORROGADO		NO		VALOR ADICIONADO: NO
FECHA DE INICIO CONTRATO	16/02/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31 DE MARZO DE 2024		VALOR DEL CONTRATO: $6.200.000
N° CDP (ADICIÓN):	NO	OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ 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 MARZO 2024		
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO?		$ 3,100,000				

Firma del Contratista

MARISOL MANGA GAMERO

C.C 1.083.042.501

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1083042501		MANGA GAMERO MARISOL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 7 N° 32-49 apto 9	SANTA MARTA-MAGDALENA	4214707	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-02	2024-02	487823637	9463066277	1	2024/03/04	2024/03/04	BANCO DE BOGOTA	0	$428,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing ret tde tae tdp tap vsp cor vst sln ige lma vac avp vct irl vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000		$31,700		$0	$0		$428,200
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000		$31,700		$0	$0		$428,200
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000		$31,700		$0	$0		$428,200
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000		$31,700		$0	$0		$428,200
1	CC	1083042501	MANGA MARISOL	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS042	30	$1,300,000	$162,500	CCF33	30	$1,300,000	$26,000	14-23	30	$1,300,000	2.436%	$31,700	30	$0	$0	No	$428,200
Total		**Afiliados(1)**				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000		$31,700		$0	$0		$428,200

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1083042501		MANGA GAMERO MARISOL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 7 N° 32-49 apto 9	SANTA MARTA-MAGDALENA	4214707	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-02	2024-02	487823637	9463066277	1	2024/03/04	2024/03/04	BANCO DE BOGOTA	0	$428,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$0	$0	$208,000
				1	$31,700	$0	$0	$31,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)								
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$31,700	$0	$0	$31,700
				1	$26,000	$0	$0	$26,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)								
CAJAMAG	CCF33	891,780,093	3	1	$26,000	$0	$0	$26,000
				1	$162,500	$0	$0	$162,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)								
COOSALUD EPS	EPS042	900,226,715	3	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$428,200	$0	$0	$428,200

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20241425 DEL 2024

NO. DEL CONTRATO	**NO. CD20241425 DEL 2024**
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	MARISOL MANGA GAMERO
NO. DE IDENTIDAD	1083042501
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONAL ES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	SEIS MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS ($6.200.000)
FORMA DE PAGO	El HUJMB cancelará al CONTRATISTA 2 cuota por valor de TRES MILLONES CIEN MIL PESOS M/L. ($3.100.000), de conformidad con el informe de la ejecución de las actividades contractuales realizadas, previa certificación de cumplimiento de expedida por parte del Supervisor del contrato
PLAZO DE EJECUCIÓN	Previa legalización del contrato sin exceder 31 de marzo de 2024.
CDP	300
REGISTRO PRESUPUESTAL	1761
FECHA DE ACTA DE INICIO	**16/02/2024**
FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO	31/03/2024
SUPERVISOR DEL CONTRATO	**UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA**

Entre los suscritos, **AURA STELLA DAZA PEÑA,** mayor de edad, identificado (a) con la cédula de ciudadanía número **36.541.888** expedida en Santa Marta, obrando en calidad de **PROF. ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL ENFERMERÍA** quien actúa como supervisor del contrato **CD20241425** por otra parte **MARISOL MANGA GAMERO**, identificado con la cédula de ciudadanía No. **1.083.042.501** en su condición de contratista se reunieron para firmar acta de finalización de contrato.

Por último el hospital declara que no existe emolumento alguno entre las partes y con todo concepto respecto de las obligaciones mutuas 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 **marzo** del año **2024.**

AURA STELLA DAZA PEÑA
C.C. 36.541.888
PROF. ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL ENFERMERÍA
SUPERVISOR

MARISOL MANGA GAMERO
C.C. 1.083.042.501
CONTRATISTA