

	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 DARYS PATRICIA FELIPEAVILA CON C.C N° 1,082,921,376						
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS						
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.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		CD20241124		DE FECHA		13/02/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:		\$ 4.000.000		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:		\$ 1,933,333
N° PAGO / N° DE INFORME::		2 DE 2		N° CRP:		1449
PLAZO DEL CONTRATO		(2) DOS MES		N° CDP:		300
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		AURA 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
		N/A		CRP DE LA ADICIÓN:		N/A
		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
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas del objeto del contrato)						
ITEM						
1	Recibir y entregar turno de acuerdo a la guía institucional					
2	Proporcionar atención de enfermería a pacientes de consulta externa, hospitalizados según las necesidades físicas, fisiológicas, psicológicas y sociales.					
3	Ejecución de rutinas del servicio (toma de signos vitales, baño en cama, asistir en la alimentación, toma de glucometría, cambios de posición, arreglo de la unidad, toma de muestra de laboratorio, realizar venopunción y verificar signos de flebitis, instalar y retirar infusiones de líquidos, asepsia a los implementos de trabajo como aspirador, riñoneras, pisingos, patos cada vez que sea necesario).					
4	Realizar ante farmacia el pedido de los insumos y medicamentos de los pacientes que egresen e ingresen al servicio o cambio por orden médica.					
5	Recibir y entregar a los pacientes a los diferentes servicios con la lista de chequeo correspondiente					
6	Apoyar al personal de enfermeras en los procedimientos (retiro de sonda vesical).					
7	Realizar seguimiento diario y registrar todas las actividades y evoluciones del paciente en la historia clínica durante el turno					
8	Uso adecuado y racional de elementos, recursos y demás medios institucionales.					
9	Garantizar la presencia oportuna, cuando se requiera hacer los procedimientos y labores propias del auxiliar de enfermería en cualquier servicio de la E.S.E					
10	Informar a la profesional especializada de seguridad del paciente los incidentes, eventos adversos y participar en reuniones para estudio de estos y todos los que deriven de la atención del paciente.					
11	Observación y reporte de signos de alarma presentados por sus pacientes					
12	Atender a los pacientes con trato humanizado en el turno y / o área a asignada de la E.S.E					
13	Realizar asepsia general semanal y diaria cuando egrese el paciente, registrar en el formato correspondiente.					
14	conducir a los usuarios a los distintos servicios y a otras instituciones de salud.					
15	asistencia a capacitaciones, programas de capacitación continuo, y apropiación de procesos de inducción y reinducción.					
16	Reportar inmediatamente cualquier incapacidad a la profesional especializada de la unidad de enfermería					
17	Realizar notas de Enfermería a pacientes asignados en los tiempos reglamentados					
18	Participar en los programas de enseñanza en servicio para desarrollo de personal proporcionar orientación al paciente y familiar.					
19	Hacer los usos correctos de administración de medicamentos					
20	Adherencia a protocolos, guías y procedimientos requeridos en la prestación del servicio.					
21	Conducir a los usuarios a los distintos servicios y a otras instituciones de salud					
22	Arreglo del cadáver y entregarle al familiar todas las pertenencias del paciente fallecido					
23	Informar a la enfermera y médico de la fuga del paciente					
24	Realizar seguimiento a la administración de los medicamentos por la enfermera (farmacovigilancia)					
25	Realizar procesos de esterilización del instrumental, insumos y dispositivos médicos, comprobar el correcto empaquetamiento de este y el cumplimiento de los registros específicos					
26	26. Preparar los paquetes de material (confección de apósitos de gasa, torundas y otro material), Colocar los controles químicos y biológicos necesarios, Poner las fechas de envasado, Cerrar los sobres de material					
27	27. Clasificar el material de esterilización, comprobar el correcto empaquetamiento, Introducir los diferentes paquetes según características, Colaborar en la puesta en marcha de los aparatos, cumplimentar los registros específicos					

	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 DARYS PATRICIA FELIPEAVILA CON C.C N° 1,082,921,376						
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS						
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 MÉNDEZ BARRENECHE.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		CD20241124		DE FECHA		13/02/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:		\$ 4.000.000		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:		\$ 1,933,333
N° PAGO / N° DE INFORME::		2 DE 2		N° CRP:	1449	N° CDP: 300
PLAZO DEL CONTRATO		(2) DOS MES		FECHA DEL ACTA DE INICIO:		13/02/2024
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			AURA DAZA PEÑA			
V. INFORMACION DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL						
No. DE PLANILLA:		4543504797		OPERADOR:		SOI
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO		VALOR PAGADO
SALUD:		CAJACOPI		13/03/2024		\$ 162.500,00
PENSIÓN:		PORVENIR		13/03/2024		\$ 208.000,00
RIESGOS LABORALES:		POSITIVA		13/03/2024		\$ 31.700,00
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA						
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo 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:						
N°. IDENTIFICACIÓN:		1,082,921,376				

	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 DARYS PATRICIA FELIPE AVILA CON C.C N° 1.082.921.376							
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.						
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20241124	DE FECHA	13/02/2024				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	\$4.000.000	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:	\$ 1933.333				
N° PAGO / N° DE INFORME:	2 DE 2	N° CRP:	1449	N° CDP:	300		
PLAZO DEL CONTRATO	(2) MES	FECHA DEL ACTA DE INICIO:	13/02/2024				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	4543504797	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 MARZO Y SE REALIZA DESCUENTO DE UN DIA DE INCAPACIDAD DE (66.667) CON EL VALOR A PAGAR \$1933.333 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° 2 (DOS) de 2 (DOS)							
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:							
N°. IDENTIFICACIÓN:	36.541.888						

CUENTA DE COBRO

DATOS DEL CONTRATISTA				FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 20/03/2024	
NOMBRES Y APELLIDOS:	DARYS PATRICIA FELIPE AVILA			CC:	1.082.921.376
CORREO ELECTRÓNICO:	darisfelipeavila@gmail.com			RUT:	1,082,921,376-5
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE33#14-54 BARRIO COREA			TELÉFONO:	3043478336
				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:	CD20241124	Nº RP:	1449	Nº CDP:	300
¿ADICIÓN O PRORROGA?	NO	TIEMPO PRORROGADO		NO	PLAZO - DURACIÓN: 2 MES
FECHA DE INICIO CONTRATO	13/02/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/03/2024	VALOR ADICIONADO: NO
Nº CDP (ADICIÓN):	NO	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="width: 100px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;">OBJETO DEL CONTRATO</div> <div> prestación de servicio de apoyo ala gestion como auxiliar de enfermeria para realizar actividades asistenciales en la ESE HOSPITAL UNIVERSIATRIO MENDEZ BARENECHE </div> </div>			
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:		MARZO DE 2024	
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO?				\$\$ 1,933.333	

Firma del Contratista

 DARYS PATRICIA FELIPE AVILA
 C.C 1.082.921.376

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. 20241124 DEL 2024

NO. DEL CONTRATO	CD20241124
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	DARYS PATRICIA FELIPE AVILA
NO. DE IDENTIDAD	1082.921.376
OBJETO DEL CONTRATO	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
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	CUATRO MILLONES PESOS M/L 4.000.000
FORMA DE PAGO	El HUJMB cancelara al CONTRATISTA 2 cuota por valor de DOS MILLONES DE PESOS M/L. (\$2.000.000) , de conformidad con el informe de la ejecución de las actividades contractuales realizadas, previa certificación de cumplimiento expedida por parte del supervisor del contrato
PLAZO DE EJECUCIÓN	Prevía legalización del contrato sin exceder 31 de marzo de 2024
CDP	300
REGISTRO PRESUPUESTAL	1449
FECHA DE ACTA DE INICIO	13 FEBRERO de 2024
FECHA DE TERMINACION CONTRATO	31 de marzo de 2024
SUPERVISOR DEL CONTRATO	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA

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 **PROFESIONAL ESP. GRUPO FUNCIONAL DE ENFERMERÍA** quien actúa como supervisor del contrato **CD20241124** por otra parte **DARYS PATRICIA FELIPE AVILA**, identificado con la cedula de ciudadanía No. **1082.921.376** en su condición de contratista se reunieron para firmar acta de finalización de contrato.

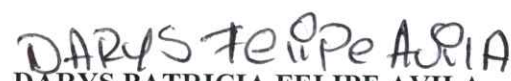
Por último el hospital se declara que no existe emolumento alguno entre las partes y con todo concepto respecto de las obligaciones mutuas pactadas en el contrato prestación de servicios en referencia.

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

SUPERVISOR,

CONTRATISTA,


AURA STELLA DAZA PEÑA
36.541.888


DARYS PATRICIA FELIPE AVILA
1.082.921.376

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

TOTAL	\$ 402.200
-------	------------