	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 ZULEIMA PATRICIA FELIPE REYES CON C.C Nº 57.467.224

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.	CD20241315			DE FECHA		15/02/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$4.000.000			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:		$2.000.000
Nº PAGO / Nº DE INFORME::	2 DE 2	Nº CRP:		1658	Nº CDP:	300
PLAZO DEL CONTRATO	2 MES (ES)	FECHA DEL ACTA DE INICIO:		15/02/2024		
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

ITEM	IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas del objeto del contrato)
1	Recibí y entregue mi turno de acuerdo a la guía.
2	Proporcioné atención en enfermería a pacientes de consulta externa, hospitalizados según las necesidades físicas, fisiológica, psicológicas y sociales.
3	Ejecuté 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 nopunción y verificar signos de flebitis, instalar y retirar infusiones de líquidos, asepsia a los implementos de trabajo como aspirador, riñorenas, signos, patos cada vez que sea necesario).
4	Realicé ante farmacia los insumos y medicamentos de los pacientes que egresen e ingresen al servicio o cambio por orden de la enfermera.
5	Realicé las respectivas devoluciones a farmacia de insumos o medicamentos que el paciente ya no requiera bajo la supervición de la enfermera.
6	Recibí y entregue a los pacientes a los diferentes servicios con la lista de chequeo correspondiente.
7	Apoyé a la enfermera en marcar el rótulo en la hora de instalar el medicamento.
8	Apoyé al personal de enfermeras en los procedimientos (curaciones, colocación y retiro de sonda vesical, sonda nasogástrica, etc. U otro procedimiento)
9	Realicé seguimiento diario y registre todas las actividades y evoluciones del paciente en la historia clínica durante el turno.
10	Use adecuadamente y racional de elementos, recursos y demás medios institucionales.
11	Observé y reporté los signos de alarma presentados por los pacientes.
12	Atendí a los pacientes con trato humanizado en el turno y/o área asignada de la E. S. E.
13	Tuve comunicación las 24 horas del día para la fácil localización en casos de urgencias, para lo cual certifique mi número de teléfono.
14	Recibí y registre oportunamente los elementos de protección personal y cumplí con el correcto uso de estos. Diligencio correctamente los formatos requeridos en los servicios.
15	Asistí a capacitaciones, programas de formación continua, apropiación de procesos de inducción y re inducción.
16	Realicé notas de enfermería a pacientes asignados en los tiempos reglamentarios.
17	Informé al profesional especializado de seguridad del paciente los incidentes, eventos adversos y participé en reuniones para estudio de estos y todos los que deriven de la atención del paciente.
18	Informé las fallas de material y equipo de servicios.
19	Participé en los programas de enseñanza en servicio para desarrollo de personal. Proporcioné orientación al paciente y al familiar.
20	Realicé asepcia general semanal y diaria cuenado egrese al paciente, registró en el formato correspondiente.
21	Clasifiqué, ordené y controlé las lencerías de los servicios a efecos de reposición de ropas y de vestuario, relacionándose con los servicios de lavandería.
22	Realicó una adecuada segregación de los elementos de protección personal, residuos hospitalarios que se generaron de la atención de los pacientes, de cualquier otro procedimiento y manejo de ropa sucia.
23	Recibí, registré oportunamente los elementos de protección personal y cumplí con el correcto uso de estos. Diligencié correctamente los formatos requeridos en los servicios.
24	Hice los usos correctos de administración de medicamentos.
25	Me adherí a los protocolos, guías y procedimientos requeridos en la prestación del servicio.
26	Reporté inmediatamente cualquier incapacidad a la profesional especializada de la unidad de enfermería.
27	Apliqué los indicadores de Seguridad del Paciente y Humanización del Servicio.
28	Informé a la enfermera y médico de la fuga del paciente.
29	Realicé seguimiento a la administración de los medicamentos por la enfermera.
30	Recibí y entregue a los pacientes a los diferentes servicios con la lista de chequeo correspondiente.
31	Asistí a la ronda médica y a los especialistas, médicos generales durante los procedimientos.
32	Bajo la Resolución 1955 de 1999 y 839 del 2017 cumplir el diligenciamiento de los RIPS, formatos de seguimiento, evaluación, facturación y registro propios de la E. S. E.
33	Garanticé la presencia oportuna, cuando se requiera hacer los procedimientos y laborales propias del auxiliar de enfermería en cualquier servicio de la E. S. E.
34	Responder por los daños y perjuicios en salud que se le generen a un usuario por su negligencia, omisión descuido, olvido exceso o cualquier otra acción imputable a su culpa.
35	La suspensión, cancelación y atrasos en la prestación de los servicios por incumplimiento en los turnos asignados sin justificación que ocacionen trastornos y/o alteraciones en la oportunidad de la prestación del servicio, será objeto de glosa de la orden que se genere, el incumplimiento a un turno nocturno no tiene derecho al descanso.
36	Garanticé que la prestación de servicio objeto del contrato cumplan estrictamente con las caracteristicas y referencias descritas en el presente documento, las cuales se denen ajustar a las normas de calidad de conformidad con lo esablecido por la E. S. E. Hospital Universitario Julio Mendez Barreneche. Adicionalmente la garantía de los servicios ofrecidos debe permitir que estos mantengan su calidad e idoneidad.
37	El valor mensual facturado dependerá de las actividades contratadas y cumplidas por parte del contratista y verificados por el supervisor del contrato.
38	Realice la recogida y limpieza del instrumental empleado en los procedimientos e intervenciones quirúrgicas, así como ayudar al Personal de enfermería en la ordenación de vitrinas.

Powered by CamScanner

HUMB 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
ZULEIMA PATRICIA FELIPE REYES
CON C.C Nº 57.467.224

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.	**CD20241315**		**DE FECHA**		**15/02/2024**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$4.000.000		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:**		$2.000.000
Nº PAGO / Nº DE INFORME::	2 DE 2	**Nº CRP:**	1658	**Nº CDP:**	300
PLAZO DEL CONTRATO	2 MES (ES)	**FECHA DEL ACTA DE INICIO:**		15/02/2024	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	AURA DAZA PEÑA				

39	Desarrollè las actividades definidas de acuerdo a la contratación definida por parts con las agendas de turno y horas establecidas mensuales (192h).
40	Arregle a cadáver y entreguè al familiar todas las pertenecis del paciente fallecido.
41	Preparè al paciente para procedimientos quirùrgicos y medios de diganosticos como TAC, ecografias, estudios especializados y otros.
42	Lleve el registro de verificacion de los palentes que van para procedimientos quirùrgicos (lista do chequeo).
43	Verifiquè que estaba diligenciado el consentimiento para transfusiones sanguineas, autorización de procedimientos quirúrgicos y de anestesia, declaración de retiro voluntario estén diligenciados.
44	Llene el formato de transfusión sanguinea antes, durante y después de la transfusión.
45	Preparè el equipo y paciente antes, durante y después de la atención del parto.
46	Actualicè el Kardex y tarjetas de medicamento si la enfermera no se encuentra o está ocupada
47	Controlè las entradas y salidas de historias clinicas de su consultorio (prestación de historias clinicas).
48	Surti a los consultorios de materiales, equipos, etc.
49	Recibì al paciente y la programación de cirugia ambulatoria, verifiquè que no tenga accesorios, no uñas pintadas, no cabellos mojados, el paciente est e afectado en la zona de inserción, verificar los documentos de este, que estén completos y actualizados, hacer las notas de enfermeria, verificar la autorización para la cirugia, Admisionar, y trasladar al piso correspondiente
51	Al recibir el paciente procedente de cirugia u otros servicios, verifique que la historia clinica estén todos los registros médicos y de enfermeria estén lleno.
52	Respondi por las daños y perjuicios en salud que se le generaron a un usuario por su negligencia, omisión, descuido, olvido exceso o cualquier otra acción imputable a su culpa
53	El valor mensual facturado dependió de las actividades contratadas y cumplidas por parte del contratista y verificador por el supervisor del contrato
54	Reportè inmediatamente cualquier incapacidad a la profesional especializada de la unidad de enfermeria
55	Desarrollè las actividades definidas de acuerdo a contratación definido por partes con las agendas de turno y horas establecidas mensuales (192h)
56	Realicè todas y cada una de las actividades que asigne el supervisor del contrato y las demás que determino el Gerente, y que se deriven do las necesidades de la E.S.E.
57	Preparè el equipo y a la paciente para el monitoreo fetal.
58	Realicé procesos de esterilización del instrumenal, insumos y dispositivos médicos, comprobar el correcto empaquetamieto de este y el cumplimiento de los registros especificos.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	4540994769	**OPERADOR:**	SOI

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	COOSALUD	14/03/2024	162.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	14/03/2024	208.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	14/03/2024	31.700

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:	ZULEIMA PATRICIA FELIPE REYES
Nº. IDENTIFICACIÓN:	C.C. 57.467.224

Powered by CamScanner

	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 ZULEIMA PATRICIA FELIPE REYES CON C.C Nº 57.467.224

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.	CD20241315		DE FECHA		15/02/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	*4.000.000*		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:		*2.000.000*
Nº PAGO / Nº DE INFORME::	*2 DE 2*	Nº CRP:	*1658*	Nº CDP:	*300*
PLAZO DEL CONTRATO	*2 MES(ES)*	FECHA DEL ACTA DE INICIO:		*15/02/2024*	
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	*4540994769*	OPERADOR:		*SOI - APORTES*	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	*UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA*				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	*AURA ESTELA 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:	*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 SE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DEL MES DE MARZO 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 Nº 2 (DOS) de 2 (DOS)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	
Nº. IDENTIFICACIÓN:	36.541.888

Powered by CamScanner

CUENTA DE COBRO

DATOS DEL CONTRATISTA		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 20/03/2024	
NOMBRES Y APELLIDOS:	ZULEIMA PATRICIA FELIPE REYES	C.C.	57467224
		RUT:	57467224-5
CORREO ELECTRÓNICO:	zuleima02reyes@gmail.com	TELÉFONO DE CONTACTO: 3147814274	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KRA 35 CALLE 11-47 BARRIO LA ESTRELLA	CIUDAD:	SANTA MARTA

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

No tomaré costos y deducciones	(NO)
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						
N° DEL CONTRATO:	CD20241315	N° RP:	1658	N° CDP:	300	PLAZO - DURACIÓN: 2 MES
¿ADICIÓN O PRORROGA?	NO	TIEMPO PRORROGADO		NO		VALOR ADICIONADO: NO
FECHA DE INICIO CONTRATO	15/02/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/03/2024		VALOR DEL CONTRATO: 4,000,000
N° CDP (ADICIÓN):	NO	OBJETO DEL CONTRATO	prestacion de servicio de apoyo ala gestion como auxiliar de enfermeria para realizar actividades asistenciales en la ESE HOSPITAL UNIVERSIATRIO MENDEZ BARENECHE			
N° 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?		$ 2.000.000				

Firma del Contratista

ZULEIMA PATRICIA FELIPE REYES
C.C. 57.467.224

Powered by CamScanner