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

AÑO: 2024 NÚMERO DE ACUERDO: 004 FECHA: 31/03/2024

**REGISTROS PRESUPUESTALES No. 2896**
LA PROFESIONAL UNIVERSITARIA DE PRESUPUESTO
**CERTIFICA**

**CERTIFICADO DISPONIBILIDAD No.510**

**TERCERO:** 36697897 - MARTINEZ HERNANDEZ LIDYS JOHANNA

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 2490

**VALOR:** $ 10,000,000.00

DIEZ MILLONES (PESOS)

| Código Rubro | Descripción | Lugar | cod. CPC | descripción CPC | Valor |
|---|---|---|---|---|---|
| 2.4.5.02.09.901.20 | servicios personales (personal asistencial) | ESE JULIO MENDEZ BARRENECHE | | | 10,000,000 |

| Contrato | No. Contrato | Fecha Inicial | Fecha Final |
|---|---|---|---|
| PRESTACION DE SERVICIOS | 2490 | | |

LEDYS GALINDO MORALES
PROFESIONAL UNIVERSITARIO PRESUPUESTO

MARGARITA CECILIA OROZCO ESLAIT
SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

**USUARIO IMPRIME:** MAURICIO JOSE LASTRE MANCERA
**IMPRESO POR:** Sistemas CitiSalud SAS
**ELABORADO POR:** MAURICIO JOSE LASTRE MANCERA

Powered by CamScanner

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

PARA: 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 |
|---|---|---|---|
| CD20242490 | LIDYS JOHANNA MARTINEZ HERNANDEZ | 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 agosto 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

| E.S.E. Hospital Universitario JULIO MÉNDEZ BARRENECHE | ACTA INICIO | CÓDIGO: GJC25F<br>VERSIÓN: 01<br>FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024<br>Página 1 de 302 |
|---|---|---|

## ACTA DE INICIO DEL CONTRATO CD20242490 DEL 2024

| | |
|---|---|
| **NO. DEL CONTRATO** | CD20242490DEL 2024 |
| **NOMBRE DEL CONTRATANTE** | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | MARTINEZ HERNANDEZ LIDYS JOHANNA |
| **NO. DE IDENTIDAD** | C.C 36697897 |
| **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** | DIEZ MILLONES DE PESOS M/L (10.000.000) |
| **FORMA DE PAGO** | 5 cuotas 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 de expedida por parte del Supervisor del contrato. |
| **PLAZO DE EJECUCIÓN** | Previa legalización del contrato sin exceder 31 DE AGOSTO DE 2024 |
| **CDP** | 510 |
| **REGISTRO PRESUPUESTAL** | 2896 |
| **SUPERVISOR DEL CONTRATO** | UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA |

Entre los suscritos a saber **AURA STELLA DAZA PEÑA**, en su calidad de Profesional Especializado Unidad Enfermería y quien actúa como Supervisor del contrato No. **CD20242490**y por la otra, **MARTINEZ HERNANDEZ LIDYS JOHANNA**, 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 por las partes, en la ciudad de Santa Marta a los **01** días, del mes de **ABRIL** del año **2024**.

SUPERVISOR,

**AURA STELLA DAZA PEÑA**
**CC.36.541.888**

CONTRATISTA,

**MARTINEZ HERNANDEZ LIDYS JOHANNA**
**C.C 36697897**

COPIA CONTROLADA

Powered by CamScanner

# CUENTA DE COBRO

| DATOS DEL CONTRATISTA | | | | FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 26/04/2024 |
|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | LIDYS JOHANNA MARTINEZ HERNANDEZ | | CC: | 36697897 |
| | | | RUT: | 36697897-1 |
| CORREO ELECTRÓNICO: | GEORGETJOHANNA1922@GMAIL.COM | | TELÉFONO: | 3015325400 |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | MANZANA 1 CASA 4 CONCEPCION 1 | | 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

| BANCO AL CUAL CONSIGNAR: | DAVIVIENDA | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | N° CUENTA: | 7100081647 |
|---|---|---|---|---|---|

| DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| N° DEL CONTRATO: | CD20242490 | N° RP: | 2896 | N° CDP: | 510 | PLAZO - DURACIÓN: 5 MES |
| ¿ADICIÓN O PRORROGA? | NO | TIEMPO PRORROGADO | | NO | | VALOR ADICIONADO: NO |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 1/04/2024 | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | | 31 DE AGOSTO DE 2024 | | VALOR DEL CONTRATO: 10.000.000 |
| N° CDP (ADICIÓN): | NO | 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 | | | |
| 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: | | MES DE ABRIL | | |
| VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO? | | | | $ 2.000.000 | | |

Lidys Martinez Hernandez

Firma del Contratista

LIDYS JOHANNA MARTINEZ HERNANDEZ
CC 36697897

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: 26/04/2024 | |

**CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y LIDYS JOHANNA MARTINEZ HERNANDEZ CON C.C N° 36697897**

**I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 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. | | | | |
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | CD20242490 | | DE FECHA | | 31/03/2024 |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO: | $ 10.000.000 | | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO: | | $ 2.000.000 |
| N° PAGO / N° DE INFORME:: | 1 DE 5 | N° CRP: | 2896 | N° CDP: | 510 |
| PLAZO DEL CONTRATO | (5) CINCO MES (ES) | FECHA DEL ACTA DE INICIO: | 1/04/2024 | | |
| 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 (Deben ser coherentes con las actividades especificas del objeto del contrato) |
|---|---|
| 1 | Recibir y entregar turno de acuerdo a la guía. |
| 2 | Proporcionar atención de enfermería a pacientes de consulta externa, hospitalizados según las necesidades físicas, fisiológicas, psicológicas y sociales. (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). |
| 3 | Asistir al paciente en la alimentación enteral y parenteral. |
| 4 | Informar al enfermero de turno y a la profesional especializada de seguridad del paciente los incidentes, eventos adversos presentados en el servicio. |
| 5 | Informe de las fallas de material y equipos de servicios |
| 6 | Realizar las respectivas solicitudes y devoluciones a farmacia de insumos o medicamentos de los pacientes que ingresen y egresen bajo la supervisión de la enfermera. |
| 7 | Recibir y entregar a los pacientes a los diferentes servicios con la lista de chequeo correspondiente |
| 8 | Asistir a la ronda médicas y durante los procedimientos de estos |
| 9 | Apoyar al personal de enfermeras en los procedimientos (curaciones, colocación y retiro de sonda vesical, sonda nasogástrica, E:CG, y otros procedimientos) y en marcar los rótulos en la hora de instalar el medicamento |
| 10 | Realizar durante el turno, seguimiento diario y registrar todas las actividades y evoluciones del paciente en la historia clínica (notas de Enfermería), en los tiempos reglamentados |
| 11 | Observación y reporte de signos de alarma presentados por sus pacientes |
| 12 | 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 |
| 13 | Proporcionar orientación al paciente y familiar |
| 14 | Atender a los pacientes con trato humanizado en el turno y / o área a asignada de la E.S.E |
| 15 | Realizar asepsia general semanal y diaria cuando egrese el paciente, registrar en el formato correspondiente. |
| 16 | Clasificar, ordenar y controlar las lencerías de los servicios a efectos de reposición de ropas y de vestuario, relacionándose con los servicios de lavandería. |
| 17 | Realizar una adecuada segregación de los elementos de protección personal, residuos hospitalarios que se generen de la atención de los pacientes, de cualquier otro procedimiento y manejo de ropa sucia. |
| 18 | Recibir, registrar oportunamente los elementos de protección personal y cumplir con el correcto uso de estos |
| 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 | 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 | 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. |
| 28 | Proporciona desde la zona intermedia todo el material necesario para la intervención (hojas bisturíes, apósitos...), y mantiene la zona repuesta, limpia y ordenada. |
| 29 | Trasladar al paciente a quirófano y realizar el monitoreo completo (pulsioximetro, tensiómetro, electrodos, placa de bisturí) para iniciar procedimientos quirúrgicos |
| 30 | Asegurar el correcto etiquetado de las muestras biológicas obtenidas durante la intervención y de su envío a los laboratorios correspondientes (Anatomía Patológica, Microbiología, etc |
| 31 | Revisar el funcionamiento de los equipos y elementos que se encuentran en la ambulancia y otros servicios: pulsoximetro, aspirador, tensiómetro, el desfibrilador, etc. |
| 32 | Ayudar al médico en las maniobras de "soporte vital básico" (SVB) y "soporte vital avanzado" (SVA) que se aplique al enfermo crítico. |
| 33 | Movilizar e inmovilizar al paciente con seguridad y rapidez, en problemas traumatológicos y psiquiátrico, etc. |

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: 26/04/2024 | |

**CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y LIDYS JOHANNA MARTINEZ HERNANDEZ CON C.C N° 36897897**

**I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 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. | | | | |
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | CD20242490 | | DE FECHA | | 31/03/2024 |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO: | $ 10.000.000 | | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO: | | $ 2.000.000 |
| N° PAGO / N° DE INFORME:: | 1 DE 5 | N° CRP: | 2896 | N° CDP: | 510 |
| PLAZO DEL CONTRATO | (5) CINCO MES (ES) | FECHA DEL ACTA DE INICIO: | 1/04/2024 | | |
| UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA | | | | |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | AURA STELLA DAZA PEÑA | | | | |

| | |
|---|---|
| 34 | Al realizar el traslado de un paciente a otro servicio o por medio de la ambulancia, antes: Recibir las órdenes del servicio, informarles a los familiares que se le van a realizar los procedimientos y debe estar listo media hora antes, verificar el nombre del paciente, número de cama asignada, verificar el estado del paciente, para ver si se puede transportar en silla de rueda o en camilla, verificar el acompañamiento del familiar, mirar las condiciones de las venas, si están permeables y con angiocath No. 18 y reciente. |
| 35 | Preparación del paciente para procedimientos quirúrgicos y medios de diagnósticos como TAC, ecografías, estudios especializados y otros. |
| 36 | Llevar el registro de verificación de los pacientes que van para procedimientos quirúrgicos (lista de chequeos). |
| 37 | Verificar que este diligenciado el consentimiento para transfusiones sanguíneas, autorización de procedimientos quirúrgicos y de anestesia, declaración de retiro voluntario estén diligenciados. |
| 38 | Llenar el formato de transfusión sanguínea antes, durante y después de la transfusión. |
| 39 | Preparación del equipo y paciente antes, durante y después de la atención del parto. |
| 40 | Atención del Recién Nacido |
| 41 | Preparar el equipo y a la paciente para el monitoreo fetal. |
| 42 | Actualización de Kardex y tarjetas de medicamento si la enfermera no se encuentra o está ocupada |
| 43 | Controlar las entradas y salidas de historias clínicas de su consultorio (prestación de historias clínicas). |
| 44 | Surtir a los consultorios de materiales, equipos, etc. |
| 45 | Recibir al paciente y la programación de cirugía ambulatoria, verificar que no tenga accesorios, no uñas pintadas, no cabellos mojados, el paciente este afectado en la zona de inserción, verificar los documentos de este, que estén completos y actualizados, hacer las notas de enfermería, verificar la autorización para la cirugía, Admisionar, y trasladar al piso correspondiente |
| 46 | Al recibir el paciente procedente de cirugía u otros servicios, verificar que la historia clínica estén todos los registros médicos y de enfermería estén lleno. |
| 47 | Recoger las facturas de los pacientes y verificar que estos aparezca en el sistema. |
| 48 | Bajo la resolución 1955 de 1999 y 839 del 2017 Cumplir con el diligenciamiento de los RIPS, formatos de seguimiento, evaluación, facturación y registro propios de la E.S.E. |
| 49 | Uso adecuado y racional de elementos, recursos y demás medios institucionales. |
| 50 | 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 |
| 51 | Responder por las 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 |
| 52 | Tener comunicación las 24 horas del día para su fácil localización en casos de urgencias, para lo cual deberán certificar el número telefónico. |
| 53 | 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, el incumplimiento a un turno nocturno no tiene derecho al descanso. |
| 54 | El valor mensual facturado dependerá de las actividades contratadas y cumplidas por parte del contratista y verificados por el supervisor del contrato |
| 55 | Reportar inmediatamente cualquier incapacidad a la profesional especializada de la unidad de enfermería |
| 56 | Desarrollar las actividades definidas de acuerdo a contratación definido por partes con las agendas de turno y horas establecidas mensuales (192h) |
| 57 | Asistencia a capacitaciones, programas de formación continua, y apropiación de procesos de inducción y reinducción. |
| 58 | Garantizar que la prestación de servicio objeto del contrato cumplan estrictamente con las características y referencias descritas en el presente documento, las cuales se deben ajustar a las normas de calidad de conformidad con lo establecido por la E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche. Adicionalmente la garantía de los servicios ofrecidos debe permitir que estos mantengan su calidad e idoneidad. |
| 59 | Realizar todas y cada una de las actividades que asigne el supervisor del contrato y las demás que determine el Gerente, y que se deriven de las necesidades de la E.S.E. |

**V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

| No. DE PLANILLA: | 7919182177 | OPERADOR: | SOI |
|---|---|---|---|
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | SALUD TOTAL | 23/04/2024 | 162500 |
| PENSIÓN: | COLFONDOS | 23/04/2024 | 208000 |
| RIESGOS LABORALES: | POSITIVA | 23/04/2024 | 31700 |

**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.

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: 26/04/2024 | |

**CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y LIDYS JOHANNA MARTINEZ HERNANDEZ CON C.C Nº 36697897**

**I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 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. | | | | |
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | CD20242490 | | DE FECHA | | 31/03/2024 |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO: | $ 10.000.000 | | VALOR DE HONORARIOS PERIODO: | | $ 2.000.000 |
| Nº PAGO / Nº DE INFORME:: | 1 DE 5 | Nº CRP: | 2896 | Nº CDP: | 510 |
| PLAZO DEL CONTRATO | (5) CINCO MES (ES) | FECHA DEL ACTA DE INICIO: | 1/04/2024 | | |
| UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA | | | | |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | AURA STELLA DAZA PEÑA | | | | |

**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: | Lidys Johanna Martinez Hernandez |
| Nº. IDENTIFICACIÓN: | 36697897 |

Powered by CamScanner

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 36697697 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | LIDYS JOHANNA MARTINEZ HERNANDEZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | SANTA MARTA | DEPARTAMENTO: | MAGDALENA |
| DIRECCIÓN: | CALLE 17 B 14A 39 | TELÉFONO: | 3017508 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | 7919182177 | | TIPO DE PLANILLA: | | INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES marzo | AÑO 2024 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES marzo | AÑO 2024 |
| DÍAS DE MORA: | 1 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2024/04/23 | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | |

### TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 231001 | 231001-COLFONDOS | 1 | $ 208.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 200 | $ 0 | $ 208.000 | $ 200 | $ 208. |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 208.000 | $ 200 | $ 208. |

### TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 162.500 | $ 0 | $ 200 | $ 0 | $ 162.500 | $ 300 | $ 0 | $ 162. |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 162.500 | $ 300 | $ 0 | $ 162. |

### TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD PP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 31.700 | $ 31.700 | $ 100 | $ 0 | $ 31.8 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | $ 31.700 | $ 100 | $ 0 | $ 31.8 |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | | ARP | | | | | | | CCF | | | SENA | | ICBF | | ESAP | | MINEDU | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | CC 36697697 | MARTINEZ HERNANDEZ LIDYS JOHANNA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.300.000 | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 231001-COLFONDOS | 30 | 1.300.000 | $ 208.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 208.000 | PS002-SALUD TOTAL | 30 | 1.300.000 | $ 162.500 | $ 0 | $ 162.500 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | 1.300.000 | $ 36697697 | $ 31.700 | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| TOTAL | $ 402.70 |
|---|---|

Planilla Pagada
SOI



2024/04/23 11:18 USUARIO: SOI CC36697697

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: 26/04/2024 | |

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

**LIDYS JOHANNA MARTINEZ HERNANDEZ**

**CON C.C Nº 36.697.897**

**I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

| | |
|---|---|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GETSION 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. | CD20242490 | | DE FECHA | | 31/03/2024 |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO: | $10.000.000 | | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO: | | $2.000.000 |
| Nº PAGO / Nº DE INFORME:: | UNO (1) DE CINCO (5) | Nº CRP: | 2896 | Nº CDP: | 510 |
| PLAZO DEL CONTRATO | (5) CINCO MES(ES) | FECHA DEL ACTA DE INICIO: | | 1/04/2024 | |
| Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL: | 7919182177 | OPERADOR: | | SOI | |
| 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: | |
| 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 ABRIL 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 1(UNO) de ( 5) CINCO)

| | |
|---|---|
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO: | Aura Estela Daza P |
| Nº. IDENTIFICACIÓN: | 36.541.888 |

Powered by CamScanner