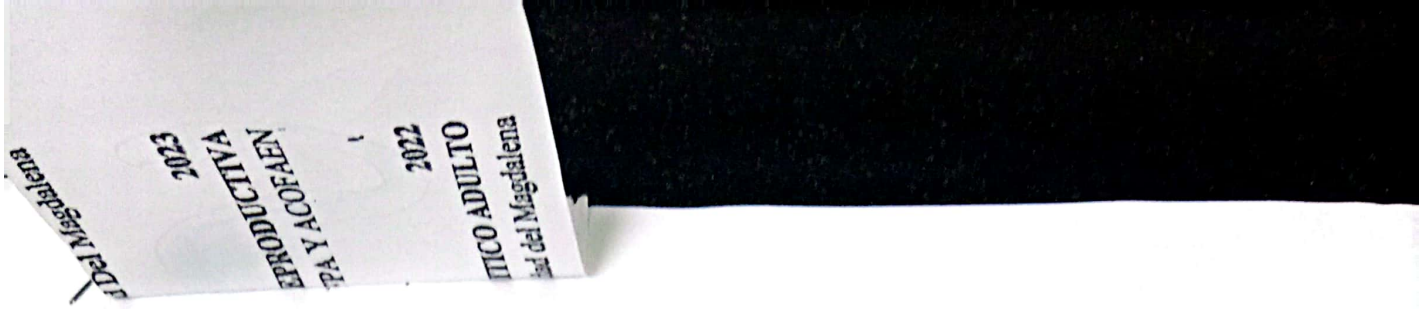


HUMB Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche	FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	Código: GJC23F	Versión: 2
		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024	
		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/05/2024	

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y
STEPHANIE GREYS TORRES PAREJO
CON C.C Nº 1083468434

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.	CD20242567		DE FECHA		31/03/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$10 000 000		VALOR DE HONORARIOS PERIODO:		$1 875 000
Nº PAGO / Nº DE INFORME::	(2) DOS DE (5) CINCO	Nº CRP:	2968	Nº CDP:	510
PLAZO DEL CONTRATO	(5) CINCO MESES	FECHA DEL ACTA DE INICIO:	01/042024		
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 entrege turno de acuerdo a la guía.
2	Proporcione 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 liquidos, asepsia a los implementos de trabajo como aspirador, riñoneras, pisingos, patos cada vez que sea necesario).
3	Asisti al paciente en la alimentación enteral y parenteral.
4	Informe 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	Realice 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	Recibi y entregre a los pacientes a los diferentes servicios con la lista de chequeo correspondiente
8	Asisti a la ronda médica y durante los procedimientos de estos
9	Apoye 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	Realice durante el turno, seguimiento diario y registrar todas las actividades y evoluciones del paciente en la historia clínica (notas de Enfermeria), en los tiempos reglamentados
11	Observe y reporte de signos de alarma presentados por sus pacientes
12	Informe 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	Proporcione orientación al paciente y familiar
14	Atendí a los pacientes con trato humanizado en el turno y / o área a asignada de la E.S.E
15	Realice asepsia general semanal y diaria cuando egrese el paciente, registrar en el formato correspondiente.
16	Clasifique, ordene y controle las lencerías de los servicios a efectos de reposición de ropas y de vestuario, relacionándose con los servicios de lavandería.
17	Realice 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	Recibi, registre oportunamente los elementos de protección personal y cumplir con el correcto uso de estos.
19	Hice los usos correctos de administración de medicamentos
20	Me adherí a protocolos, guías y procedimientos requeridos en la prestación del servicio.
21	Conduci a los usuarios a los distintos servicios y a otras instituciones de salud
22	No se realizo arreglo de cadáver y entregarle al familiar todas las pertenencias del paciente fallecido
23	Se informo a la enfermera y médico de la posible fuga del paciente
24	Realice seguimiento a la administración de los medicamentos por la enfermera (farmacovigilancia)
25	No se realiza procesos de esterilización del instrumental, insumos y dispositivos médicos, comprobar el correcto empaquetamiento de este y el cumplimiento de los registros especificos.
26	No se prepara en el servicio 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	No se Clasifica en el servicio 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 especificos.
28	No se proporciona desde el servicio la zona intermedia todo el material necesario para la intervención (hojas bisturíes, apósitos...), y mantiene la zona repuesta, limpia y ordenada.
29	Traslade al paciente a quirófano y realize el monitoreo completo (pulsioxímetro, tensiómetro, electrodos, placa de bisturí) para iniciar procedimientos quirúrgicos,
30	Asegure el correcto etiquetado de las muestras biológicas obtenidas durante la intervención y de su envío a los laboratorios correspondientes (Anatomía Patológica, Microbiología, etc.)
31	Revise el funcionamiento de los equipos y elementos que se encuentran en la ambulancia y otros servicios: pulsoximetro, aspirador, tensiómetro, el desfibrilador, etc.

Powered by CamScanner

HUMB 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: 30/05/2024	

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y
STEPHANIE GREYS TORRES PAREJO
CON C.C Nº 1083468434

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			DE FECHA	31/03/2024
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20242567			VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	$1.875.000
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$10.000.000				
Nº PAGO / Nº DE INFORME::	(2) DOS DE (5) CINCO	Nº CRP:	2968	Nº CDP:	510
PLAZO DEL CONTRATO	(5) CINCO MESES	FECHA DEL ACTA DE INICIO:	01/042024		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	AURA DAZA PEÑA				

32	No se realizaron maniobras de "soporte vital básico" (SVB) y "soporte vital avanzado" (SVA) que se aplique al enfermo crítico.
33	Movilice e inmovilice al paciente con seguridad y rapidez, en problemas traumatológicos y psiquiátrico. etc,
34	Se realizo el traslado de pacientes a otros servicios 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.24, 22 y reciente.
35	Prepare paciente para procedimientos quirúrgicos y medios de diagnósticos como TAC, ecografías, estudios especializados y otros.
36	Lleve el registro de verificación de los pacientes que van para procedimientos quirúrgicos (lista de chequeos).
37	Verifique, que este diligenciado el consentimiento para transfusiones sanguíneas, autorización de procedimientos quirúrgicos y de anestesia, declaración de retiro voluntario estén diligenciados.
38	Llene el formato de transfusión sanguínea antes, durante y después de la transfusión.
39	No se realiza en el servicio la preparación del equipo y paciente antes, durante y después de la atención del parto, en este servicio
40	No se realiza atención del Recién Nacido en este servicio
41	No se realiza preparacion del equipo y a la paciente para el monitoreo fetal en este servicio
42	Realice actualización de Kardex y tarjetas de medicamento cuando enfermera no se encuentra o está ocupada
43	Controle las entradas y salidas de historias clínicas de del servicio (prestación de historias clínicas).
44	No se realiza en el servicio el surtir a los consultorios de materiales, equipos, etc.
45	Recibi al paciente y la programación de cirugía ambulatoria, verifique 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	Verifique que el paciente procedente de cirugía u otros servicios, tenga la historia clínica estén todos los registros médicos y de enfermería estén lleno.
47	Recogi las facturas de los pacientes y verificar que estos aparezca en el sistema.
48	No se realiza en el servicio la supervicion 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	Garantice 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	Respondi 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	Tuve 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	Desarrolle las actividades definidas de acuerdo a contratación definido por partes con las agendas de turno y horas establecidas mensuales (192h)
57	Asisti a capacitaciones, programas de formación continua, y apropiación de procesos de inducción y reinducción.
58	Garantize 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	Realice 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:	9466041490	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	25/04/2024	$ 162.500
PENSIÓN:	PORVENIR	25/04/2024	$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	25/04/2024	$ 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 período correspondiente

FIRMA DEL CONTRATISTA:	Stephanie Torres Pareja
Nº. IDENTIFICACIÓN:	1083468434

Powered by CamScanner

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: 30/05/2024	

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

STEPHANIE GREYS TORRES PAREJO

CON C.C N° 1083468434

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARAREALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20242567**		**DE FECHA**		**31/03/2024**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$10.000.000		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:**		$1.875.000
N° PAGO / N° DE INFORME::	(2) DOS DE (5) CINCO	**N° CRP:**	2968	**N° CDP:**	510
PLAZO DEL CONTRATO	(5) CINCO MESES	**FECHA DEL ACTA DE INICIO:**		01/04/2024	
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9466041490		**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 MAYO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO:-1 DIA SIN INCAPACIDAD

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 articulo 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 5 (CINCO)

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

Powered by CamScanner

en linea

S GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1083468434		TORRES PAREJO STEPHANIE GREYS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle19 N17-76	CIENAGA-MAGDALENA	3043489487	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-04	2024-04	44103741	9466041490	I	2024/05/09	2024/04/25	BANCO DE OCCIDENTE	0	$402,20

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
FP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$0	$0	$208,000
RL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$0	$0	$31,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$31,700	$0	$0	$31,700
S (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TAL				1	$402,200	$0	$0	$402,200

Powered by CamScanner

línea

Resumen General de Pago

ES DEL APORTANTE

dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
	TORRES PAREJO STEPHANIE GREYS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle19 N17-76	CIENAGA-MAGDALENA	3043489487	No

LES DE LA LIQUIDACION

	Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
4-04	44103741	9466041490	I	2024/05/09	2024/04/25	BANCO DE OCCIDENTE	0	$402,200

N DETALLADA DE APORTES

MPLEADO				PENSION		SALUD			CCF				RIESGOS				PARAFISCALE		
ficación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC
NCIPAL (1 Afiliados)				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0
bajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0
GA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0
083468434	TORRES STEPHANIE	C30301	30	$1,300,000	$208,000	EPS037	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,300,000	$31,700	0	$0
Afiliados(1)				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0

Powered by CamScanner

CUENTA DE COBRO

DATOS DEL CONTRATISTA		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/05/2024	
NOMBRES Y APELLIDOS:	STEPHANIE GREYS TORRES PAREJO	CC:	1083468434
		RUT:	1083468434-5
CORREO ELECTRÓNICO:	STEPHAMIETORRES061989@GMAIL.COM	TELEFONO:	3043489487
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 19 No 17-76 CIENAGA	CIUDAD:	SANTA MARTA

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

No tomaré costos y deduccionesNo tomaré costos y deducciones	(__X__)
Si tomaré costos y deduccionesSi 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:	CD20242567	Nº RP:	2968	N° CDP:	510	PLAZO - DURACIÓN: 5 MESES
¿ADICIÓN O PRORROGA?	NO	TIEMPO PRORROGADO		NO		VALOR ADICIONADO: NOVALOR ADICIONADO: NO
FECHA DE INICIO CONTRATO	01/04/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31 DE MARZO 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			
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 MAYO2024		
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO?		$1.875.000 DESCONTAR 1 DIA				

Stephanie Torres
Firma del Contratista

STEPHANIE GREYS TORRES PAREJO
C.C 1.083.468.434

Powered by CamScanner