	FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	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
CARMEN BETIS SUAREZ MEJIA
CON C.C N° 57.428.478

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NTRATO:	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.

RESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20242392			DE FECHA	15/04/2024
EL CONTRATO:	$10.000.000			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:	$1.937.500
INFORME::	2 DE 5	N° CRP:	3692	N° CDP:	510
TRATO	(5) CINCO MES(ES)	FECHA DEL ACTA DE INICIO:		15/04/2024	
NAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA				
UPERVISOR:	AURA STELLA DAZA PEÑA				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

ACIÓN:	N/A	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				N/A	
NADO	N/A	CDP DE LA ADICIÓN:	N/A	CRP DE LA ADICIÓN:	N/A	TIEMPO PRORROGADO:	N/A

III. POLIZAS (SI APLICA)

	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	N/A
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)

Recibí y entregué turno de acuerdo a la guía.
rcioné atención de enfermería a pacientes de consulta externa, hospitalizados según las necesidades físicas, fisiológicas, psicológicas y sociales. (toma de signos vitales, n 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).
Asistí al paciente en la alimentación enteral y parenteral.
Informe al enfermero de turno y a la profesional especializada de seguridad del paciente los incidentes, eventos adversos presentados en el servicio.
Informé de las fallas de material y equipos de servicios
ealicé las respectivas solicitudes y devoluciones a farmacia de insumos o medicamentos de los pacientes que ingresen y egresen bajo la supervisión de la enfermera.
Recibí y entregé a los pacientes a los diferentes servicios con la lista de chequeo correspondiente
Observé y reporte de signos de alarma presentados por sus pacientes
mé a la profesional especializada 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
Proporcioné orientación al paciente y familiar
Atendí a los pacientes con trato humanizado en el turno y / o área a asignada de la E.S.E
Realicé asepsia general semanal y diaria cuando egrese el paciente, registrar en el formato correspondiente.
Clasificé, ordené y controlé las lencerías de los servicios a efectos de reposición de ropas y de vestuario, relacionándose con los servicios de lavandería.
ealicé 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.
Recibí, registré oportunamente los elementos de protección personal y cumplí con el correcto uso de estos.
Hicé los usos correctos de administración de medicamentos
Arreglo del cadáver y entregarle al familiar todas las pertenencias del paciente fallecido
Informé a la enfermera y médico de la fuga del paciente
visé el funcionamiento de los equipos y elementos que se encuentran en la ambulancia y otros servicios: pulsoximetro, aspirador, tensiómetro, el desfibrilador, etc.
Ayudé al médico en las maniobras de "soporte vital básico" (SVB) y "soporte vital avanzado" (SVA) que se aplique al enfermo crítico.
Llevé el registro de verificación de los pacientes que van para procedimientos quirúrgicos (lista de chequeos).
ué que este diligenciado el consentimiento para transfusiones sanguíneas, autorización de procedimientos quirúrgicos y de anestesia, declaración de retiro voluntario estén diligenciados.
Controlé las entradas y salidas de historias clínicas de su consultorio (prestación de historias clínicas).
Surtí a los consultorios de materiales, equipos, etc.
al paciente y la programación de cirugía ambulatoria, verifiqué que no tenga accesorios, no uñas pintadas, no cabellos mojados, el paciente este afectado en la zona d n, verifiqué los documentos de este, que estén completos y actualizados, hicé las notas de enfermería, verifiqué la autorización para la cirugía, admisiné y trasladé piso correspondiente
Al recibir el paciente procedente de cirugía u otros servicios, verifiqué que la historia clínica estén todos los registros médicos y de enfermería estén lleno.
Recogí las facturas de los pacientes y verifiqué que estos aparezca en el sistema.
Garanticé la presencia oportuna, cuando se requiera hacer los procedimientos y labores propias del auxiliar de enfermería en cualquier servicio de la E.S.E
dí 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 cul
Tuve comunicación las 24 horas del día para su fácil localización en casos de urgencias, para lo cual deberán certificar el número telefónico.
nsión, cancelación y atrasos en la prestación de los servicios por incumplimiento en los turnos asignados sin justificación que ocasionen trastornos y o alteracione portunidad 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.
El valor mensual facturado dependerá de las actividades contratadas y cumplidas por parte del contratista y verificados por el supervisor del contrato
Reporté inmediatamente cualquier incapacidad a la profesional especializada de la unidad de enfermería
Desarrollé las actividades definidas de acuerdo a contratación definido por partes con las agendas de turno y horas establecidas mensuales (192h)

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Mendez 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

CARMEN BETIS SUAREZ MEJIA

CON C.C N° 57.428.478

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.	CD20242392		DE FECHA		15/04/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$10.000.000		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:		$1.937.500
N° PAGO / N° DE INFORME:	2 DE 5	N° CRP:	3692	N° CDP:	510
PLAZO DEL CONTRATO	(5) CINCO MES(ES)	FECHA DEL ACTA DE INICIO:		15/04/2024	
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	4553503561		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 MAYO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO SE DESCUENTAN UN DIA CON INCAPACIDAD ($62.500)

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	

CUENTA DE COBRO

DATOS DEL CONTRATISTA		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/05/2024	
LIDOS:	CARMEN BETIS SUAREZ MEJIA	CC:	57.428.478
		RUT:	57428478-2
ÓNICO:	carmensuarezmejia@hotmail.com	TELÉFONO:	3022979168
ICILIO:	Calle 22 #13-72 BR. Obrero	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	( )

ificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el rtículo 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 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los s.

L CONSIGNAR:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORRO	N° CUENTA:	117100078122

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
ONTRATO:	CD20242392	N° RP:	3692	N° CDP: 510	PLAZO - DURACIÓN: 5 MES
PRORROGA?	NO	TIEMPO PRORROGADO		NO	VALOR ADICIONADO: NO
DE INICIO RATO	15/04/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31 DE AGOSTO DE 2024	VALOR DEL CONTRATO: $10.000.000
ADICIÓN):	NO				
DICIÓN)	NO	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.		
IDO?	NO	FECHA DE REINICIO:	DD/MM/AAAA	NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN:	DD/MM/AAAA
L DEL DICIÓN)	NO	PERIODO OBJETO DE COBRO:		MES DE MAYO 2024	
R CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO?		$1.937.500			

Carmen Suarez Mejia

Firma del Contratista

CARMEN BETIS SUAREZ MEJIA

C.C 57.428.478

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	[illegible]
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CARMEN SUAREZ MEJIA
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	CALLE 23 # 85-25	TELÉFONO:	[illegible]
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-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:	[illegible]	TIPO DE PLANILLA:	[illegible]
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	[illegible]	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	

ADMINISTRADORA CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	APORTES
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	[illegible]	$ 0	[illegible]
SUBTOTALES										[illegible]

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	APORTES
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	[illegible]	$ 0	[illegible]
SUBTOTALES													[illegible]

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	APORTES
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 31.700	$ 31.700
SUBTOTALES									$ 31.700

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

N°	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	NOVEDADES	PENSIÓN ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	CC [illegible]	SUAREZ MEJIA CARMEN BETS	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000			NO		25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	1.300.000	[illegible]	$ 31.700

TOTAL

Planilla Pagada