	FORMATO INFORME DE SUPERVISOR	Código: GJC22F	Versión: 1
		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/01/2024	
		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 27/06/2024	

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y
IRINA MARCELA ARAGON TORRES
CON C.C Nº 1004119879

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.	CD20242455		**DE FECHA**		31/03/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$10,000,000		**VALOR DE HONORARIOS PERIODO:**		$2,000,000
Nº PAGO / Nº DE INFORME::	3 DE5	**Nº CRP:**	2864	**Nº CDP:**	510
PLAZO DEL CONTRATO	(5) MESES	**FECHA DEL ACTA DE INICIO:**	01/04/2024		
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9467116734	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA				
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 CATIVIDADES ASIGNADAS DEL MES DE JUNIO Y SE APRUEVA PARA EL PAGO EFECTIVO

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	El contrato se encuentra debidamente legalizado.	XX	
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.	XX	
3	Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en su respectiva carpeta contractual.	XX	
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.	XX	

Teniendo en cuenta lo anterior, en mi calidad de supervisor doy visto bueno para el respectivo pago correspondiente al periodo Nº 3 ( ) de 5

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	
Nº. IDENTIFICACIÓN:	36541888

Powered by CamScanner

CUENTA DE COBRO

DATOS DEL CONTRATISTA		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 27/06/2024	
NOMBRES Y APELLIDOS:	IRINA MARCELA ARAGON TORRES	CC:	1004119879
		RUT:	1004119879-5
CORREO ELECTRÓNICO:	irinaaragontorres@gmail.com	TELÉFONO DE CONTACTO:	3213401141
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 27 No 27-81 alcazares	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:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CTA.:	AHORROS	Nº CUENTA:	03213401141

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	CD20242455	Nº RP:	2864	Nº CDP:	510	PLAZO - DURACIÓN: 5 MESES
¿ADICIÓN O PRORROGA?	NO	TIEMPO PRORROGADO		NO		VALOR ADICIONADO: NO
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/04/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/08/2024		VALOR DEL CONTRATO: $ 10.000.000
Nº CDP (ADICIÓN):	NO	OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO ALA 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)	N/A	PERIODO OBJETO DE COBRO:		MES DE JUNIO 2024		
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO?		$ 2.000.000				

Irina Aragon T

IRINA MARCELA ARAGON TORRES

CC. 1004119879

Powered by CamScanner

	FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	Código: GJC23F	Versión: 2
HJMB Julio Méndez Barreneche		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024	
		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 27/06/2024	

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

IRINA MARCELA ARAGON TORRES

CON C.C Nº 1.004.119.879

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS						
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO ALA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MELENDEZ BARRENECHE					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20242455			DE FECHA		31/03/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$ 10.000.000			VALOR DE HONORARIOS PERIODO:		2.000.000
Nº PAGO / Nº DE INFORME::	3 DE 5	Nº CRP:	2864	Nº CDP:		510
PLAZO DEL CONTRATO	(5) CINCO MESES	FECHA DEL ACTA DE INICIO:		01/04/2024		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	AURA ESTELLA 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	N/A	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	Obrar con diligencia y el cuidado necesario en los asuntos que le asigne el lider de área o subgerente cientifico de E.S.E.
2	Entrega de actividades dejando registro de la entrega de las novedades de los pacientes del servicio a cargo en el Formato correspondiente.
3	Realizar seguimiento de las actividades asistenciales y administrativas de los pacientes del servicio, dejando registro de esta actividad en el Formato correspondiente, con el fin de agilizar y optimizar los procesos.
4	Realizar registró en la historia clinica de evoluciones médicas, historia clinica de ingreso, epicrisis, formulación, registro de exámenes paraclinicos, de imágenes diagnósticas y otros, con firma y sello, según indicaciones de los médicos tratantes
5	En la evolución médica diaria debe evidenciarse y anotarse los cambios y/o avances en el diagnóstico y tratamiento, lo cual incluye la posibilidad de cambio en el diagnóstico.
6	Pasar revista diaria en las 3 jornadas y presentar cada paciente al especialista correspondiente.
7	Realizar seguimiento de la aplicación de hemoderivados con registro en la historia clinica con lo establecido en la norma vigente 15 minutos, transfusional y pos-transfusional.
8	Puede ser asignado para asistir a la ayudantia quirúrgica de los pacientes que asi lo requieran.
9	Realización de solicitud de exámenes diagnósticos, remisiones e interconsultas, con firma y sello, según indicaciones de los médicos ratantes
10	Apoyo en procedimientos medico quirúrgicos según solicitud del médico tratante.
11	Realización de actualización de resúmenes de historia clinica para las diferentes aseguradoras.
12	Apoyo en actividades administrativas de gestión de recursos del servicio.
13	Supervisión de las estancias prolongadas con el fin de agilizar el giro cama.
14	Realización de Certificados de defunción según solicitud del Lider o de la Subdirección Cientifica.
15	Colaboración en reanimación cardio - cerebro pulmonar
16	Colaboración en realización de indicadores de gestión.
17	Socializar y supervisar el reporte de los eventos adversos en el Formatocorrespondiente, realizar seguimiento y participar en la elaboración de los planes de mejoramiento
18	Realización de formatos de justificación de medicamentos no POS según necesidad e indicación de los médicos tratantes.
19	Verificación de existencia de los soportes clinicos y administrativos de las Historias Clinicas.
20	Presentar informes según solicitud del supervisor del contrato o la Subdirección Cientifica
21	Apoyar al supervisor del contrato en la gestión de los recursos humanos, fisicos, técnicos, tecnológicos, logisticos y los suministros Requeridos para la oportuna y eficiente prestación de los servicios.
22	Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad.
23	Promover en la UFEN la cultura de los valores y principios éticos para garantizar transparencia en todos los actos y decisiones del proceso de
24	Aportar a la E.S.E la hoja de vida y los documentos de identificación que le sean solicitados.
25	En caso de ser necesaria durante la atención de pacientes algún medicamento o servicio NO POS, deberá garantizar el correcto diligenciamiento y firma del respectivo formato de solicitud del servicio y/o medicamento.
26	Garantizar la presencia horas contratadas, para prestar sus servicios en el área que se les designe.
27	Atender a los pacientes en los turnos y en área asignada por la E.S.E.
28	Asistir y presentar los pacientes en la ronda Medico técnico- cientifica y Técnico- Administrativa que se realicen en el servicio rrespondiente.
29	Realizar la revista médica diaria la cual consiste en valoración, seguimiento, evoluciones, órdenes médicas y ayudas diagnósticas, RIPS, Epicrisis, de los pacientes hospitalizados.
30	Responder por los daños y perjuicios en salud que se le genere a un usuario por su negligencia, omisión, descuido, olvido, exceso o ualquier otra acción imputable a su culpa.
31	Participar en las jornadas cientificas y actividades académicas, de investigación que convoque el subgerente cientifico o la oficina de docencia de servicio de la E.S.E en desarrollo de los convenios docente-asistencial suscritos o que suscriba la E.S.E
32	Diligenciar la Historia clinica de los pacientes cumpliendo con los parámetros establecidos en la Resolución No. 1995 de Julio 08 1.999 y demás normas legales que la complementen, sustituyan o deroguen.
33	Diligenciar completamente las fichas de notificación epidemiológicasobligatorias de los eventos de interés en salud pública dictaminadas por elinstituto nacional de salud.
34	Tener comunicación las 24 horas del dia para su fácil localización en casos de urgencias, independientemente del cumplimiento de los turnos asignados.

Powered by CamScanner

	a objeciones y/o glosas a la prestación del servicio y contestarlas dentro de los cinco días siguientes a la notificación de las mismas; de igual forma en el caso que nes u omisiones de los médicos en su desempeño profesional generen glosas por parte de las EPS, EPSS y Entes territoriales o en su defecto sean detectadas o el proceso de facturación que impida el cobro del servicio, estas serán repetidas en contra del contratista quien está en la obligación de tomar las medidas que idere pertinentes; en caso de no ser contestadas se entenderá por aceptadas la glosas y se procederá a descontarlo de su facturaron mensual.
	ealizar las Contrareferencia, cuando a ello haya lugar, de acuerdo a las normas técnicas y guías de atención.
	Los profesionales que prestaran el servicio deben contar con experticia en las áreas para las que sean asignados.
38	Cumplimiento en los turnos estipulados.
39	La suspensión, cancelación y atrasos en la prestación del servicio médicos por incumplimiento en los turnos estipulados en la propuesta 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.
40	Los costos de transporte y demás gastos ocasionados con la prestación del servicio en este proceso de contratación serán asumidos por el proponente y no tendrán un costo adicional al valor establecido en la propuesta.
41	Garantizar que la prestación de servicio objeto del contrato cumplan estrictamente con las caracteristicas 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.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	94667116734	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	CAJACOPI	12/06/2024	$ 162.500
PENSIÓN:	PORVENIR	12/06/2024	$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	12/06/2024	$ 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:	Iriaa Aragon T
N°. IDENTIFICACIÓN:	1.004.119.879

Powered by CamScanner

en linea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificacion	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1020411879		ARAGON TORRES IRINA MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	BOMBA MAGDALENA	SANTA MARTA-MAGDALENA	3201545	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-05	91632489	9467116734	I	2024/06/21	2024/06/12	BANCO DE OCCIDENTE	0	$402,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
1	CC	1020411879 ARAGON IRINA	230301	30	$1,300,000	$208,000	CCFC55	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	$31,700	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0

*A

Powered by CamScanner

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificacion	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC [illegible]		ARAGON TORRES IRINA MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	BOMBA MAGDALENA	SANTA MARTA-MAGDALENA	3201545	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-05	91632489	94671167 34	I	2024/06/21	2024/06/12	BANCO DE OCCIDENTE	0	$402,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$0	$0	$31,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$31,700	$0	$0	$31,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
CAJACOPI	CCFC55	901,543,211	6	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$402,200	$0	$0	$402,200

Powered by CamScanner