



ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

NIT: 891780185
CARRERA 14 #23-42
4346262

AÑO: 2024 NÚMERO DE ACUERDO: 004 FECHA: 11/06/2024

REGISTROS PRESUPUESTALES No. 4167 LA PROFESIONAL UNIVERSITARIA DE PRESUPUESTO CERTIFICA

CERTIFICADO DISPONIBILIDAD No.510

TERCERO: 1082878961 - GOMEZ GOMEZ YURANIS ARLENIS

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 3664

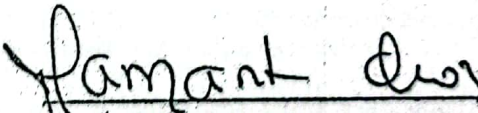
VALOR: \$ 2,000,000.00

DOS 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		2,000,000

Contrato	No. Contrato	Fecha Inicial	Fecha Final
PRESTACION DE SERVICIOS	3664		


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

	ACTA DE DESIGNACIÓN DE SUPERVISOR	CÓDIGO: GJC24F VERSIÓN: 02 FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024 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
CD20243664	YURINIS ARLENES GOMEZ GOMEZ	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 30 de junio 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.

NORA ELVIRA ANILLO ROMERO
GERENTE (E)

	ACTA INICIO	CÓDIGO: GJC25F VERSIÓN: 01 FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024 Página 1 de 1
---	--------------------	---

ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20243664 DEL 2024

NO. DEL CONTRATO	CD20243664 DEL 2024
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	GOMEZ GOMEZ YURANIS ARLENIS
NO. DE IDENTIDAD	1082878961
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	DOS MILLONES DE PESOS M/L (\$2.000.000)
FORMA DE PAGO	1 cuota por valor de DOS MILLONES DE PESOS M/L (\$2.000.000), de conformidad con el informe de ejecución de las actividades contractuales realizadas, previa certificación de cumplimiento de expedida por parte del supervisor del contrato.
PLAZO DE EJECUCIÓN	Prevía legalización del contrato sin exceder 30 de JUNIO DE 2024
CDP	510
REGISTRO PRESUPUESTAL	4167
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. CD20243664 y por la otra, **GOMEZ GOMEZ YURANIS ARLENIS**, 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 **11** días, del mes de **JUNIO** del año **2024**.

SUPERVISOR

CONTRATISTA,


AURA STELLA DAZA PEÑA
C.C. 36.541.888


GOMEZ GOMEZ YURANIS ARLENIS
C.C 1082878961

**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO**

Código: GJC23F

Versión: 2

FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/11/2024

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 27/06/2024

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y
YURINIS ARLENYS GÓMEZ GÓMEZ
CON C.C.N° 1.082.878.961

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.		
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20243664	DE FECHA	08/06/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	\$2.000.000	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:	\$ 1.266.000
N° PAGO / N° DE INFORME::	1 DE 1	N° CRP:	4167
PLAZO DEL CONTRATO	(1) UN MES(ES)	N° CDP:	510
		FECHA DEL ACTA DE INICIO:	11/06/2024
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA		
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

IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, 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 entregué turno de acuerdo a la guía.
2	Proporcioné 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, rifoneras, plíngos, patos cada vez que sea necesario).
3	Asistí 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	Informé de las fallas de material y equipos de servicios
6	Realicé 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	Recibí y entregué a los pacientes a los diferentes servicios con la lista de chequeo correspondiente
8	Observé y reporte de signos de alarma presentados por sus pacientes
9	Informé 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
10	Proporcioné orientación al paciente y familiar
11	Atendí a los pacientes con trato humanizado en el turno y / o área a asignada de la E.S.E
12	Realicé asepsia general semanal y diaria cuando egrese el paciente, registrar en el formato correspondiente.
13	Clasifiqué, ordené y controlé las lencerías de los servicios a efectos de reposición de ropas y de vestuario, relacionándose con los servicios de lavandería.
14	Realicé 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.
15	Recibí, registré oportunamente los elementos de protección personal y cumplí con el correcto uso de estos.
16	Hicé los usos correctos de administración de medicamentos
17	Arreglo del cadáver y entregarle al familiar todas las pertenencias del paciente fallecido
18	Informé a la enfermera y médico de la fuga del paciente
19	Revisé el funcionamiento de los equipos y elementos que se encuentran en la ambulancia y otros servicios: pulsoxímetro, aspirador, tensiómetro, el desfibrilador, etc.
20	Ayudé al médico en las maniobras de "soporte vital básico" (SVB) y "soporte vital avanzado" (SVA) que se aplique al enfermo crítico.
21	Llevé el registro de verificación de los pacientes que van para procedimientos quirúrgicos (lista de chequeos).
22	Verifiqué que este diligenciado el consentimiento para transfusiones sanguíneas, autorización de procedimientos quirúrgicos y de anestesia, declaración de retiro voluntario estén diligenciados.
23	Controlé las entradas y salidas de historias clínicas de su consultorio (prestación de historias clínicas).
24	Surfí a los consultorios de materiales, equipos, etc.
25	Recibí 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 de inserción, verifiqué los documentos de este, que estén completos y actualizados, hicé las notas de enfermería, verifiqué la autorización para la cirugía, admisiné y trasladé al piso correspondiente
26	Al recibir el paciente procedente de cirugía u otros servicios, verifiqué que la historia clínica estén todos los registros médicos y de enfermería estén llenos.
27	Recogí las facturas de los pacientes y verifiqué que estos aparezca en el sistema.
28	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
29	Respondí por los daños y perjuicios en salud que se le generen a un usuario por su negligencia, omisión, descuido, olvido excesivo o cualquier otra acción imputable a su culpa
30	Tuve comunicación las 24 horas del día para su fácil localización en casos de urgencias, para lo cual deberán certificar el número telefónico.
31	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.
32	El valor mensual facturado dependerá de las actividades contratadas y cumplidas por parte del contratista y verificados por el supervisor del contrato
33	Reporté inmediatamente cualquier incapacidad a la profesional especializada de la unidad de enfermería
34	Desarrollé las actividades definidas de acuerdo a contratación definido por partes con las agendas de turno y horas establecidas mensuales (192h)



35	Asistí a capacitaciones, programas de formación continua, y apropiación de procesos de inducción y reinducción.			
36	Garanticé 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.			
37	Realicé 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:		OPERADOR:		
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD	FECHA DE PAGO	
SALUD:		MUTUAL SER		
PENSIÓN:		PORVENIR		
RIESGOS LABORALES:		POSITIVA		
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA				
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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:		MURIEL GOMEZ		
N°. IDENTIFICACIÓN:		1082878-961		

	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	
YURINIS ARLENYS GOMEZ GOMEZ	
CON C.C N° 1082878961	

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 MENDEZ BARRENECHE.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20243664	DE FECHA	08/06/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	\$2.000.000	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:	\$ 1.266.000
N° PAGO / N° DE INFORME::	1 DE 1	N° CRP:	4167
		N° CDP:	510
PLAZO DEL CONTRATO	(1) UNO MES(ES)	FECHA DEL ACTA DE INICIO:	11/06/2024
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		OPERADOR:	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA		
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	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 JUNIO 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 N° 1 (UNO) de 1 (UNO)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	
--	--

N°. IDENTIFICACIÓN:	36.541.888
---------------------	------------

CUENTA DE COBRO

DATOS DEL CONTRATISTA				FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 27/06/2024	
NOMBRES Y APELLIDOS:	YURINIS ARLENYS GOMEZ GOMEZ			CC:	1082878961
CORREO ELECTRÓNICO:	yurinis1999gomezgomez@gmail.com			RUT:	1.082.878.961-2
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Calle 12 N° 48-77 BARRIO PANTANO			TELÉFONO:	3042993880
				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:	AHORRO A LA MANO	TIPO DE CUENTA:	AHORRO	N° CUENTA:	3244520621
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	CD20243664	N° RP:	4167	N° CDP:	510
¿ADICIÓN O PRORROGA?	NO	TIEMPO PRORROGADO	NO		
FECHA DE INICIO CONTRATO	11/06/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30 DE JUNIO DE 2024		
N° CDP (ADICIÓN):	NO				
N° RP: (ADICIÓN)	NO	OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.		
¿SUSPENDIDO?	NO	FECHA DE REINICIO:	DD/MM/AAA A	NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN:	DD/MM/AAAA
VALOR TOTAL DEL CONTRATO (ADICIÓN)	NO	PERIODO OBJETO DE COBRO:	MES DE JUNIO 2024		
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO?				\$1.266.000	

Firma del Contratista
Yurinis Gomez
YURINIS ARLENYS GOMEZ GOMEZ
C.C 1.082.878.961

	ACTA FINAL	CÓDIGO: GJC26F VERSIÓN: 01 FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024 Página 1 de 1
---	-------------------	---

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20243664 DEL 2024

NO. DEL CONTRATO	NO. CD20243664 DEL 2024
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	YURINIS ARLENYS GOMEZ GOMEZ
NO. DE IDENTIDAD	1.082.878.961
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	DOS MILLONES DE PESOS M/L. (\$2.000.000)
FORMA DE PAGO	El HUJMB cancelará al CONTRATISTA 1 cuota(s), 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 expedida por parte del Supervisor del contrato.
PLAZO DE EJECUCIÓN	Prevía legalización del contrato sin exceder 30 de junio de 2024.
CDP	510
REGISTRO PRESUPUESTAL	4167
FECHA DE ACTA DE INICIO	11/06/2024
FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO	30/06/2024
SUPERVISOR DEL CONTRATO	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA

Entre los suscritos, **AURA STELLA DAZA PEÑA**, mayor de edad, identificado (a) con la cédula de ciudadanía número **36.541.888** expedida en Santa Marta, obrando en calidad de **PROF. ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL ENFERMERÍA** quien actúa como supervisor del contrato **CD20243664** por otra parte **YURINIS ARLENYS GOMEZ GOMEZ**, identificado con la cédula de ciudadanía No. **1.082.878.961** en su condición de contratista se reunieron para firmar acta de finalización de contrato.

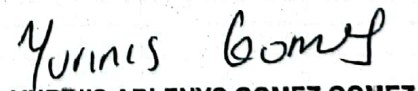
Por último el hospital declara que no existe emolumento alguno entre las partes y con todo concepto respecto de las obligaciones mutuas pactadas en el contrato prestación de servicios en referencia.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta a los **30** días, del mes de **JUNIO** del año **2024**


AURA STELLA DAZA PEÑA

SUPERVISOR
C.C. 36.541.888

PROF. ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL ENFERMERÍA


YURINIS ARLENYS GOMEZ GOMEZ
CONTRATISTA
C.C. 1082878961

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No de Radicación

47001-00006997-SM

Fecha de Radicación

2 7 0 5 2 0 2 4

I. DATOS DE TRÁMITE

Lee las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de Trámite A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades ☐	2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia ☒ Beneficiario o Afiliado ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De Oficio ☐	3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐
4. Tipo de Afiliado A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	5. Tipo de Cotizante A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐	Código (a registrar por la EPS) <input type="text"/>

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y Nombres GOMEZ	7. Tipo de Documento de Identidad CC	8. Número del documento de Identidad 1082878961	9. Sexo Femenino ☒ Masculino ☐	10. Fecha de Nacimiento 0 1 0 5 1 9 9 9
---------------------------------	---	--	--	--

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia 06	12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de Población Especial ND
15. Administradora de Riesgos Laborales - NINGUNA	16. Administradora de Pensiones ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES	17. Ingreso Base de Cotización - IBC 1300000	18. Residencia CL 12 # 48 - 71 CS PANTANO SANTA MARTA Municipio/Distrito
Zona Urbana ☒ Rural ☐		3008799556 PANTANO Localidad/Comuna	YURINIS19989GOMEZ@GMAIL.COM MAGDALENA Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente

19. Apellidos y Nombres Primer apellido Segundo apellido	20. Tipo de Documento de Identidad	21. Número del documento de Identidad	22. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	23. Fecha de Nacimiento D D M A A A A
---	------------------------------------	---------------------------------------	--	--

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados

24.	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1	PACHECO	GOMEZ	ANDRES	FELIPE
B2	PACHECO	GOMEZ	SALOME	SOFIA
B3				
B4				
B5				

25.	Tipo de documento de Identidad	26. Número del documento de Identidad	27. Sexo Femenino Masculino	28. Fecha de nacimiento D D M A A A A
B1	Registro civil de nacimiento	1084065100	X	1 7 0 5 2 0 1 8
B2	Registro civil de nacimiento	1084067440	X	1 0 0 1 2 0 2 0
B3				D D M A A A A
B4				D D M A A A A
B5				D D M A A A A

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F N M Condición T P
B1 Hijo o hija	06	
B2 Hijo o hija	06	
B3		
B4		
B5		

32. Datos de residencia Municipio/Distrito	Zona Urban Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado (a registrar por la EPS)
B1 SANTA MARTA	X	MAGDALENA	3014174076	
B2 SANTA MARTA	X	MAGDALENA	3246405861	
B3				
B4				
B5				

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C VIVA 1A IPS SA	470010110201
B 1 VIVA 1A IPS SA	470010110201
B 2	
B 3	
B 4	

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón YURINIS ARLENIS GOMEZ GOMEZ	36. Tipo de Documento de Identidad CC	37. Número del documento de Identificación 1082878961	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) Independiente
39. Ubicación CL 12 # 48 - 71 CS PANTANO Dirección	Teléfono	YURINIS19989GOMEZ@GMAIL.COM Correo electrónico	SANTA MARTA Municipio/Distrito MAGDALENA Departamento