ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

NIT: 891780185
CARRERA 14 #23-42
4346262

AÑO: 2024 NÚMERO DE ACUERDO: 004 FECHA: 10/07/2024

REGISTROS PRESUPUESTALES No. 4517

LA PROFESIONAL UNIVERSITARIA DE PRESUPUESTO

CERTIFICA

CERTIFICADO DISPONIBILIDAD No.722

TERCERO: 1083030641 - DE LA OSSA GOMEZ WEYNIS JAHILINNE

QUE POR MEDIO DEL CUAL SE REGISTRA EN EL LIBRO DE PRESUPUESTO, LOS VALORES QUE SE RELACIONAN A CONTINUACION:

SERVICIO DE PERSONAL ADMINISTRATIVO DE ESTA ESE. SEGUN OPS 3978

VALOR: $ 2,100,000.00

DOS MILLONES CIEN MIL (PESOS)

Código Rubro	Descripción	Lugar	cod. CPC descripción CPC	Valor
2.1.2.02.02.008.02	Servicios Personales Administrativos (Contador, Abogado, otros)	ESE JULIO MENDEZ BARRENECHE		2,100,000

Contrato	No/Contrato	Fecha Inicial	Fecha Final
PRESTACION DE SERVICIOS	3978		

LEDYS GALINDO MORALES
PROFESIONAL UNIVERSITARIO PRESUPUESTO

USUARIO IMPRIME: ANDRES JESUS ARMANDO GAMEZ AND
IMPRESO POR: Sistemas CitiSalud SAS
ELABORADO POR: ANDRES JESUS ARMANDO GAMEZ AND

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
CARRERA 14 #23-42 **Tel:** 4346262 **Nit:** 891780185-2
URGENCIAS EVOLUCIONES - URGENCIAS
Historia N°: 1083062974
Código Habilitación: 470010065001
Sistemas CitiSalud SAS

Lugar Atención: ESE HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENECHE

Fecha Impresión: 05/12/2023 16:12

Nombres y apellidos: BRAYAN ALEXANDER ROJAS SOLANO
Tipo y número de documento: CC 1083062974
Lugar Nacimiento: Venezuela - MAGDALENA - SANTA MARTA
Barrio: Gaira - Centro
Zona Residencial: Urbana
Tipo Discapacidad: SIN ESPECIFICAR
Grupo Etnico: NO APLICA
Grupo Sanguineo A +
Estado Civil: Union Libre
Aseguradora: NUEVA EPS SA/NUEVA EPS SUB 2023
Tipo Usuario: Subsidiado
Tipo Vinculación: Sin especificar
Cita N°: 70432
Fecha Ingreso: 05/12/2023 14:40
Especialidad: URGENCIAS

Sexo: M.
Edad: 19 A 0 M 24 D 14 H 40 Min
Lugar de Residencia: MAGDALENA SANTA MARTA
Dirección: GAIRA CRA 15 CLL 14 NO 14-123
Religión: OTRA
Escolaridad:
Ocupación: NINGUNA
Estrato: SIN ESTRATO
Fecha Atención: 05/12/2023 15:39
Correo Electrónico:

Fecha Nacimiento: 11/11/2004

Teléfono: 3044808871

EVOLUCIONES URGENCIAS

Nº Evolución: **1** Fecha: **5/12/2023 4:10:00 p. m.**

Profesional: **JM1412 MAROLY CECILIA UJUETA LIÑANA**

Especialidad: **PSIQUIATRIA**

Tipo Evolucion: **Respuesta a Interconsulta**

Diagnósticos

Principal: F192 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL USO DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: SINDROME DE DEPENDENCIA

DxRel 1: F919 - TRASTORNO DE LA CONDUCTA, NO ESPECIFICADO

Tipo de Diagnostico: IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Subjetivo

MI HIJO ESTA CONSUMUIENDO DE NUEVO Y TEIENE UN COMPORTAMIENTO ALTERADO

Objetivo

PACIENTE ,MASCULINO DE 19 AÑOS, PROCEDENTE DE VENEZUELA, RESIDENTE DE SANTA MARTA, HACE 6 AÑOS ,NIVEL EDUCATIVO BACHILLER, OCUPACION CESANTE, VIVE CON MADRE, HERMNA,INGREASA EN COMPAÑIA DE SU MADRE (KARINA LEAL) TRABAJADORA SOCIAL DE DEFENSORIA DE FAMIIA 1 ICBF (ROSA VILLAMIZAR) SANCIÓN POR JUEZ POR VENTA DE ESTUPEFACIENTES 2021. ES TRAIDO EL DIA DE HOY POR INCUMPLIR LA LIBERTAD ASISTIA QUE TANIA, FUE INTERNADO HACE UN AÑO Y SEIES MESE EN (SEMBRANDO ESPERANZA) PERO EL PACIENTE VOLVIO AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EL CUAL VIENE HACIENDO DESDE LOS 15 AÑOS (MARIHUNA, PERICO, PEPAS) -ANTECEDENTES PATOLGOGICOS: COSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTYIVAS, TRASTORNOS DEL COMPROTAMIENMTO -ANTECEDENTES FARMACOLOGICO: SERTRALINA, ACIDO VALPROICO, LEVOMEPROMAZINA, -ANTECEDENTES QUIRURGICOS: NIEGA

Análisis

SE TRATA DE UNA PACIENTE MASCULINO CON HISTORIA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIOVAS,DESDE LOS 15 AÑOS,. CON PROBELMAS DE LA CONDUCTA, VIOLENTO EN CASA, INSOMNIO DE CONCILAICION Y MANTENIMIENTO, SE OSBERVA CON ANSIEDAD Y DESESPEACIÓN EN EL MOMENTO DE LA ENMTREVISTA,SE LEVANTA DE LA SILLA MUCHAS VECES Y CAMINA. REFIERE SINTOMAS PERSECUTORIOS

Plan de tratamiento

PLAN: -HOSPITALZAIR EN UNIDAD DE SALUD MENTAL HABILIATDA POR SU EPS, O REMITIR A UNIDAD DE SALUD MENTAL HABILIATDA POR SU EPS -DIETA CORRIENTE -ACIDO VALPROICO TYAB 250MG 1-1-1 -OLANZAPINA TAB 10MG 1-0-1 -SERTRALINA TAB 50MG 1-0-0 -LEVOMEPROMAZINA TAB 100MG PRN -CLOZAPINA TAB 100MG DAR MEDIA TABLETA AHORA DOSIS UNIDA -RX DE TORAX AP Y LATERAL -PARACLINICOS DE INGRESO -CUIDADOS DE ENFERMERIA

MAROLY CECILIA UJUETA LIÑANA
MEDICO ESPECIALISTA
Reg 55313187

Impreso por: JM1412 - MAROLY CECILIA UJUETA LIÑANA

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

PARA: GRUPO DE TRABAJO DE CONTABILIDAD
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
CD20243978	WEYNIS JAHILINNE DE LA OSSA GOMEZ	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL GRUPO DE TRABAJO DE FACTURACION DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.	Previa legalización, sin exceder el 31 de julio 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)

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
CARRERA 14 #23-42 **Tel:** 4346262 **Nit:** 891780185-2
HOSPITALIZACION EVOLUCIONES - HOSPITALIZACION
Historia N°: 1083062974
Código Habilitación: 470010065001
Sistemas CitiSalud SAS

Lugar Atención: ESE HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENECHE **Fecha Impresión:** 05/03/2024 11:32

Nombres y apellidos: BRAYAN ALEXANDER ROJAS SOLANO **Sexo:** M **Fecha Nacimiento:** 11/11/2004
Tipo y número de documento: CC 1083062974 **Edad:** 19 A 0 M 24 D 20 H 46 Min
Lugar Nacimiento: Venezuela - Zulia - Maracaibo **Lugar de Residencia:** MAGDALENA SANTA MARTA
Barrio: Gaira – Centro **Zona Residencial:** Urbana **Dirección:** GAIRA CRA 15 CLL 14 NO 14-123 **Teléfono:** 3044808871
Tipo Discapacidad: SIN ESPECIFICAR **Grupo Etnico:** NO APLICA **Religión:** OTRA **Escolaridad:**
Grupo Sanguineo A + **Estado Civil:** Union Libre **Ocupación:** NINGUNA
Aseguradora: NUEVA EPS SA/NUEVA EPS SUB 2024
Tipo Usuario: Subsidiado **Tipo Vinculación:** Sin especificar **Estrato:** SIN ESTRATO
Cita N°: 24466 **Fecha Ingreso:** 05/12/2023 20:46 **Fecha Atención:** 05/12/2023 15:39
Especialidad: HOSPITALIZACION **Correo Electrónico:**

EVOLUCIONES HOSPITALIZACION

N° Evolución: Fecha: **5/03/2024 11:04:00 a. m.** Profesional: **JM0036 HENRY DE JESUS SALAS ORTIZ**
436

Especialidad: **GASTROENTEROLOGIA** Tipo Evolucion: **Respuesta a Interconsulta**

Diagnósticos

Principal: F190 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL USO DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: INTOXICACION AGUDA

DxRel 1: F609 - TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD, NO ESPECIFICADO

Tipo de Diagnostico: CONFIRMADO REPETIDO

Subjetivo

PACIENTE MASCULINO CON DOLOR ABDOMINAL ICTERICIA, FIEBRE ESCALOFRIO , CON LIPASA ALTA DE 1422, CON DESCENSO AL DIA DE HOY 955, RECUENTO DE BLANCOS NORMALES Y CON DESCENSO DE FOSFATASA ALCALINA REFIERE PERSISTIR CON DOLOR ABDOMINAL LEVE

Objetivo

CARDIOVASCULAR NORMAL ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE SNC ORIENTADO SIN DETERIORO NEUROLOGICO,

Análisis

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE PANCREATITIS AGUDA LEVE POR BARRO BILIAR , TAC DE ABDMEN SIMPLE Y CONTRASTADO PANCREAS AUMENTADO DE TAMAÑO HETEROGENEO BORDES IRREGULARES (PENDIENTE INFORME)

Plan de tratamiento

PLAN NADA VIA ORAL CONTROL MAÑANA DIARIO DE AMILASA Y LIPASA SI HAY DESCENSO MAÑANA A LA MITAD EMPEZAR DIETA LIQUIDA MAÑANA (LIQUIDOS CLAROS) COLANGIORESNANCIA CON CONTRASTE

HENRY DE JESUS SALAS ORTIZ
MEDICO ESPECIALISTA
Reg 7592606

Impreso por: JM0201 - Edith Meza Salazar

ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20243978 DEL 2024

NO. DEL CONTRATO	**CD20243978** ✓
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**WEYNIS JAHILINNE DE LA OSSA GOMEZ**
NO. DE IDENTIDAD	1083030641
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL GRUPO DE TRABAJO DE FACTURACION DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	2100000
FORMA DE PAGO	El HUJMB cancelará al CONTRATISTA 1 cuota, por valor DOS MILLONES CIEN MIL PESOS M/L. ($2100000) correspondiente al mes de julio 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	PREVIA LEGALIZACION DEL CONTRATO SIN EXCEDER EL 31 DE JULIO DE 2024
CDP	722
REGISTRO PRESUPUESTAL	4517
SUPERVISOR DEL CONTRATO	NORA ELVIRA ANILLO ROMERO

Entre los suscritos a saber **NORA ELVIRA ANILLO ROMERO** en su calidad de **GERENTE (E)** y quien actúa como Supervisor del contrato No. **CD20243978** y por la otra **WEYNIS JAHILINNE DE LA OSSA GOMEZ** 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 10 días, del mes de julio del año **2024**.

SUPERVISOR,

NORA ELVIRA ANILLO ROMERO
C.C Nº. 45.523.791

CONTRATISTA,

WEYNIS JAHILINNE DE LA OSSA GOMEZ
1083030641

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
CARRERA 14 #23-42 **Tel:** 4346262 **Nit:** 891780185-2
URGENCIAS EVOLUCIONES - URGENCIAS
Historia N°: 36696980
Código Habilitación: 470010065001
Sistemas CitiSalud SAS

Lugar Atención: ESE HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENECHE **Fecha Impresión:** 22/05/2024 10:41

Nombres y apellidos: MARIA ELENA SEGURA HERNANDEZ **Sexo:** F **Fecha Nacimiento:** 07/09/1949
Tipo y número de documento: CC 36696980 **Edad:** 74 A 8 M 15 D 10 H 29 Min
Lugar Nacimiento: COLOMBIA - MAGDALENA - SANTA MARTA **Lugar de Residencia:** MAGDALENA SANTA MARTA
Barrio: Yucal 1 y 2 **Zona Residencial:** Urbana **Dirección:** BARRIO ciudad equidad MZA 7 **Teléfono:** 3227485233
Tipo Discapacidad: SIN ESPECIFICAR **Grupo Etnico:** NO APLICA **Religión:** CATOLICO **Escolaridad:** SECUNDARIA
Grupo Sanguineo O + **Estado Civil:** Soltero(a) **Ocupación:** AMA DE CASA
Aseguradora: NUEVA EPS SA/NUEVA EPS SUB 2024
Tipo Usuario: Subsidiado **Tipo Vinculación:** Cotizante **Estrato:** CATEGORIA A
Cita N°: 88354 **Fecha Ingreso:** 22/05/2024 10:29 **Fecha Atención:** 22/05/2024 10:31
Especialidad: URGENCIAS **Correo Electrónico:**

EVOLUCIONES URGENCIAS

N° Evolución: **1** Fecha: **22/05/2024 10:41:00 a. m.** Profesional: **JM1412 MAROLY CECILIA UJUETA LIÑAN**

Especialidad: **PSIQUIATRIA** Tipo Evolucion: **Respuesta a Interconsulta**

Diagnósticos

Principal: F200 - ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

DxRel 1: F419 - TRASTORNO DE ANSIEDAD , NO ESPECIFICADO

Tipo de Diagnostico: IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Subjetivo

MI MAMA ESTA EN CRISIS DE ANSIEDAD

Objetivo

PACIENTE FEMENINA DE 75 AÑOS, PROCENDETE DE BARRANQUILLA, RESIDENTE DE SANTA MARTA, INGRESA EN COMPAÑIA DE SU HIJA (ALEXANDRA) QUIENR EFIERE QUE SU PADRE ESTA DIAGNOSTICADA CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE, EN EL MOEMNTO LA PACIENTE PRESENTA CRISIS DE ANSIEDAD, INTRANQUILIDAD, INSOMNIO DE CONCILIACION Y MANTENIMIENTO, ACTIVIDAD PSICOTICA CARACTERIAZADA POR ALUCINACIONES VISUALES, AUDITIVAS, PERSECUTORIAS, DELIRIOS. -ANTECEDENTES PATOLOGICOS: ESQUIZOFRENIA PARANOIDE, HIERTENSION, GASTRITIS, PARKINSON -ANTECEDENTES FARMACOLOGICOS: QUETIAPINA 100MG,RISPERIDONA, LEVOMEROMACINA, SERTRALINA,CLONAZEPAM,LOSARTAN 50MG (SUSPENDIDA) TRIMEBUTINA CON SIMETICONA -ANTECEDENTES DE HOSPITALIZACIÓN EN SALUD MENTAL: DESDE EL AÑO 2005 -ANTECEDENTES DE ALERGIA: LORATADINA, HALOPERIDOL

Análisis

PACIENTE INTRANQUILA, DESESPERADA, ANSIOSA, LOGORREICA, SE ORDENA HOSPITALIZAR EN UNIDAD DE SALUD MENTAL

Plan de tratamiento

PLAN: -HOSPITALIZAR EN UNIDAD DE SALUD MENTAL -DIETA NUTRICIONAL -CLONAZEPAM TAB 2MG 1-0-1 -SERTRALINA TAB 50MG 1-0-0 -MIDAZOLAM AMP 5MG APLICAR IM PRN -RX DE TORAX AP LATERLA -PARACLINICOS DE INGRESO -CSV-AC

MAROLY CECILIA UJUETA LIÑAN
MEDICO ESPECIALISTA
Reg 55313187

Impreso por: JM1412 - MAROLY CECILIA UJUETA LIÑAN

PSIQ

	FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	Código: GJC23F	Versión: 2
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024	
		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/07/2024	

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y
WEYNIS JAHILINNE DE LA OSSA GOMEZ
CON C.C N° 1,083,030,641

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL GRUPO DE TRABAJO DE FACTURACION DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20243978			DE FECHA		10/07/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$2.100.000			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:		$2.100.000
N° PAGO / N° DE INFORME::	(01) UNO DE (01) UNO		N° CRP:	4517	N° CDP:	722
PLAZO DEL CONTRATO	31/07/2024		FECHA DEL ACTA DE INICIO:		10/07/2024	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		FACTURACION				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		MARIO JAVIER MANCERA SIERRA				

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 PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO
(Deben ser coherentes con las actividades específicas del objeto del contrato)

ITEM	
1	Realice eficientemente mis actividades durante el mes de julio, realizando oportunamente lo asignado.
2	Alistamiento de 1716 cuentas de cobro de urgencia con un monto de $1.194.317.183. Realice scaner de1716 historia del servicio de urgencias.
3	Descargue de historias clinicas, ayudas diagnosticas (imagenologia, laboratorios, camara hiperbarica, electrocardiogramas)
4	Soportes de las diferentes facturas para su debida legalizacion de NUEVA EPS, FAMISANAR, SALUD TOTAL, COMPENSAR, MUTUAL SER, FOMAG, SAVIA, CAJACOPI, SANITAS, SURA Y SECRETARIA DE SALUD.
5	Utilice de manera correcta las areas, materiales y infraestructuras de la institucion
6	Armado de soportes para radicar (Nueva Eps, Famisanar, Salud Total, Compensar, Mutual Ser, Fomag, Savia, Cajacopi, Sanitas, Sura Y Secretaria De Salud.)
7	Utilice de manera correcta las herramientas sistematicas proporcionadas por la ESE HUJMB (Computador, impresora, escaner)

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9468992172	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

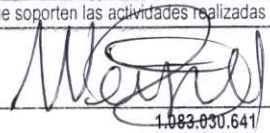
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	24/07/2024	$ 164,300
PENSIÓN:	PORVENIR	24/07/2024	$ 210,200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	24/07/2024	$ 32,100

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:	
N°. IDENTIFICACIÓN:	1.083.030.641

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
CARRERA 14 #23-42 **Tel:** 4346262 **Nit:** 891780185-2
VALORACION PREANESTESICA - CONSULTA EXTERNA
Historia N°: 36552989
Código Habilitación: 470010065001
Sistemas CitiSalud SAS

Lugar Atención: ESE HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENECHE **Fecha Impresión:** 24/05/2024 16:20

Nombres y apellidos: CARMEN HINCAPIE GARCIA **Sexo:** F
Fecha Nacimiento: 29/06/1963
Tipo y número de documento: CC 36552989 **Edad:** 60 A 10 M 25 D 13 H
Lugar Nacimiento: COLOMBIA - MAGDALENA - SANTA MARTA **Lugar de Residencia:** MAGDALENA SANTA MARTA
Barrio: Nueva Betel **Zona Residencial:** Urbana **Dirección:** cALLE 23D # 14-31
Teléfono: 3145001417

Tipo Discapacidad: SIN ESPECIFICAR **Grupo Etnico:** NO APLICA **Religión:** CATOLICO **Escolaridad:** MEDIA (BACHILLER BÁSICO) ACADÉMICA
Grupo Sanguineo O + **Estado Civil:** UNION LIBRE **Ocupación:** AMA DE CASA
Aseguradora: COOSALUD/COOSALUD SUB 2024
Tipo Usuario: Subsidiado **Tipo Vinculación:** Sin especificar **Estrato:** CATEGORIA A
Cita N°: 381900 **Fecha Ingreso:** 24/05/2024 13:00 **Fecha Atención:** 24/05/2024 13:59 **Fecha Salida:** 24/05/2024 13:59
Especialidad: ANESTESIOLOGIA **Correo Electrónico:** NOTIENE@NOTIENE.COM

LEUCOCITOS:
6.4
PLAQUETAS:
61.2
HEMOCLASIFICACION:
O+
TP/INR:
12.6/12.3 SEG
TPT:
27.5/32.3 SEG
GLICEMIA:
120
CREATININA:
0.81
BUN:
NO APLICA
OTROS LABORATORIOS:
ECOCARDIOGRAMA : NORMAL
E.K.G::
EKG: RITMO SINUSAL BCRI
R.X TORAX:
NORMAL
OTRAS PRUEBAS:
MEDICINA INTERNA NO CONTRAINDICA ACTO QX .

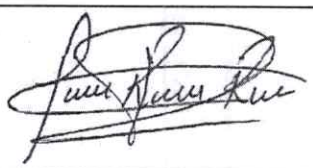
PLAN ANESTESICO/RECOMENDACIONES

SE PUEDE OPERAR:
SI

ANESTESIA SUGERIDA:
SUBDURAL
CLASIFICACION:
ASA II

ANEXOS DESDE DOCUMENTOS HISTORIA CLINICA

ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LABORATORIO
CLAP



JORGE EDUARDO ROCHA ROJAS
Registro Medico 0407
MEDICO ESPECIALISTA
Nombre Firma y Sello del Medico Responsable

Impreso por: JM0620 - Carlos Benavides Acuña

	FORMATO INFORME DE SUPERVISOR	Código: GJC22F	Versión: 1
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 25/06/2024	
		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/07/2024	

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y
WEYNIS JAHILINNE DE LA OSSA GOMEZ
CON C.C Nº 1,083,030,641

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL GRUPO DE TRABAJO DE FACTURACION DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20243978		DE FECHA		10/07/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$2.100.000		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:		$2.100.000
N° PAGO / N° DE INFORME::	(01) UNO DE (01) UNO	Nº CRP:	4517	N° CDP:	722
PLAZO DEL CONTRATO	31/07/2024	FECHA DEL ACTA DE INICIO:		10/07/2024	
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9468992172	OPERADOR:		APORTES EN LINEA	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	FACTURACION				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIO JAVIER MANCERA SIERRA				

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

EL CONTRATISTA HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ESTABLECIDAS EN SU CONTACTO, SIN NINGUNA OBSERVACION ADICIONAL.

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° (01) UNO DE (01) UNO

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	
N°. IDENTIFICACIÓN:	CC N° 85.203.465

٥٩١٤

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1083030641		DELAOSSA GOMEZ WEYNIS JAHILINNE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 26B #43-35	SANTA MARTA-MAGDALENA	4215874	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	1000000795	9468992172	I	2024/07/10	2024/07/24	BANCO DE BOGOTA	14	$406,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$2,200	$0	$210,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$2,200	$0	$210,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$400	$0	$32,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$31,700	$400	$0	$32,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$1,800	$0	$164,300
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$162,500	$1,800	$0	$164,300
TOTAL				**1**	**$402,200**	**$4,400**	**$0**	**$406,600**

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
CARRERA 14 #23-42 **Tel:** 4346262 **Nit:** 891780185-2
URGENCIAS EVOLUCIONES - URGENCIAS
Historia N°: 5777815
Código Habilitación: 470010065001
Sistemas CitiSalud SAS

Lugar Atención: ESE HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENECHE **Fecha Impresión:** 14/05/2024 00:10

Nombres y apellidos: ZULAY COROMOTO MAESTRE **Sexo:** F **Fecha Nacimiento:** 11/11/1966
Tipo y número de documento: PT 5777815 **Edad:** 57 A 5 M 27 D 9 H 12 Min
Lugar Nacimiento: Venezuela - MAGDALENA - SANTA MARTA **Lugar de Residencia:** MAGDALENA SANTA MARTA
Barrio: AV Del Río (III Etapa) **Zona Residencial:** Urbana **Dirección:** CERRO LAS TRES CRUCES AV RIO **Teléfono:** 0
Tipo Discapacidad: SIN ESPECIFICAR **Grupo Etnico:** NO APLICA **Religión:** OTRA **Escolaridad:**
Grupo Sanguineo O + **Estado Civil:** Soltero(a) **Ocupación:** NINGUNA
Aseguradora: CAJACOPI EPS SAS/CAJACOPI 3964 SUB 2024
Tipo Usuario: Subsidiado **Tipo Vinculación:** Sin especificar **Estrato:** SIN ESTRATO
Cita N°: 86707 **Fecha Ingreso:** 08/05/2024 09:12 **Fecha Atención:** 08/05/2024 09:33
Especialidad: URGENCIAS **Correo Electrónico:**

EVOLUCIONES URGENCIAS

N° Evolución: **19** Fecha: **12/05/2024 10:44:00 a. m.** Profesional: **JM1360 YAKELIN DE LA TRINIDAD RIVAS RIVAS**

Especialidad: **PSIQUIATRIA** Tipo Evolucion: **Evolucion Especialidades**

Diagnósticos

Principal: F312 - TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EPISODIO MANIACO PRESENTE CON SINTOMAS PSICOTICOS

Tipo de Diagnostico: IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Subjetivo

SE EVALUA PACIENTE FEMENINA QUIEN SE ENCUENTRA SIN ACOMPAÑANTE, ENFERMERIA NO REPORTA NOVEDADES EN SU MANEJO, SIN EPISODIOS DE AGRESIVIDAD, ANOCHE CON PATRON DEL SUEÑO CONSERVADO

Objetivo

PACIENTE VIGIL, VESTIDA ACORDE A EDAD, SEXO Y OCASION, DESARREGLADA, AFECTO EXPANSIVO, IDEAS MEGALOMANIACAS, SIN ALTERACION EN LA SENSOPERCEPCION SIN AGITACION PSICOMOTRIZ, INTROSPECCION NULA, JUICIO DESVIADO, SUEÑO CONSERVADO.

Análisis

SE TRATA DE PACIENTE FEMENINA DE 57 AÑOS DE EDAD, QUIEN PRESENTA DIAGNOSTICO DE TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, CON EPISODIO DE MANIA, CON MEJORIA DE AGITACION PSICOMOTRIZ, DISMINUCION DE IDEAS DELIRANTES, EN ESPERA DE REMISION A CENTRO DE SALUD MENTAL AUTORIZADO POR SU EPS. POR NO DISPONIBILIDAD DE LORAZEPAM SE OMITE Y SE INICIA CLONAZEPAM, SE AJUSTA DOSIS .

Plan de tratamiento

HOSPITALIZAR EN PSIQUIATRIA O REMITIR A UNIDAD DE SALUD MENTAL QUE AUTORICE SU EPS. DIETA POR NUTRICIÓN. OMITIR LORAZEPAM QUETIAPINA TAB 200 MG 1/2-0-1 VO CARBONATO DE LITIO 300MG 1-1-1 VO CLONAZEPAM TAB 2 MG 1/2 - 0 -1/2 VO VIGILAR POR RIESGO DE AGITACIÓN Y FUGA RESTO DE ORDENES POR MEDICINA GENERAL.

Yakelin Rivas Rivas
MEDICO PSIQUIATRA
RM 1255299 REG. 01320
VENEZUELA

YAKELIN DE LA TRINIDAD RIVAS RIVAS
MEDICO ESPECIALISTA
Reg 1255299

FORMULA MEDICA

Fecha Formulación: 8/05/2024 12:46:00 p. m. **Consecutivo:** 1297636

Diagnosticos: F312 - TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EPISODIO MANIACO PRESENTE CON SINTOMAS PSICOTICOS -

Medicamento:
19935303-6 ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA TOMAR ORAL 1000 mg CADA Observación DURANTE 1 Dia(s)

Observaciones:
Cantidad: 2 (DOS)

Fecha Formulación: 8/05/2024 3:24:00 p. m. **Consecutivo:** 1297766

Diagnosticos: F312 - TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EPISODIO MANIACO PRESENTE CON SINTOMAS PSICOTICOS -

Medicamento:
20016549-127 ACIDO VALPROICO 250 mg CAPSULA TOMAR ORAL 250 mg CADA 8 Horas DURANTE 1 Dia(s)

Observaciones:
INDICACIÓN ESPECIAL: Administración en dosis única Cantidad: 3 (TRES)

Fecha Formulación: 8/05/2024 3:24:00 p. m. **Consecutivo:** 1297767

Diagnosticos: F312 - TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EPISODIO MANIACO PRESENTE CON SINTOMAS PSICOTICOS -

Medicamento:
20115224-3 QUETIAPINA 200 mg TABLETA TOMAR ORAL 200 mg CADA 12 Horas DURANTE 1 Dia(s)

Observaciones:
1/2-0-1 Cantidad: 2 (DOS)

Fecha Formulación: 8/05/2024 3:24:00 p. m. **Consecutivo:** 1297768

Diagnosticos: F312 - TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EPISODIO MANIACO PRESENTE CON SINTOMAS PSICOTICOS -

Medicamento:
20016549-127 ACIDO VALPROICO 250MG TABLETA TOMAR ORAL 250 mg CADA 8 Horas DURANTE 1 Dia(s)

Observaciones:
Cantidad: 3 (TRES)

Fecha Formulación: 8/05/2024 4:51:00 p. m. **Consecutivo:** 1297908

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1083030641		DELAOSSA GOMEZ WEYNIS JAHILINNE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 26B #43-35	SANTA MARTA-MAGDALENA	4215874	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	1000000795	9468992172	I	2024/07/10	2024/07/24	BANCO DE BOGOTA	14	$406,600

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	Dias	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 1083030641	DE LA OSSA WEYNIS	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-23	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

2024/07/24 06:13 AM

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
CARRERA 14 #23-42 **Tel:** 4346262 **Nit:** 891780185-2
URGENCIAS EVOLUCIONES - URGENCIAS
Historia N°: 5777815
Código Habilitación: 470010065001
Sistemas CitiSalud SAS

Lugar Atención: ESE HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENECHE **Fecha Impresión:** 14/05/2024 09:42

Nombres y apellidos: ZULAY COROMOTO MAESTRE **Sexo:** F **Fecha Nacimiento:** 11/11/1966
Tipo y número de documento: PT 5777815 **Edad:** 57 A 5 M 27 D 9 H 12 Min
Lugar Nacimiento: Venezuela - MAGDALENA - SANTA MARTA **Lugar de Residencia:** MAGDALENA SANTA MARTA
Barrio: AV Del Río (III Etapa) **Zona Residencial:** Urbana **Dirección:** CERRO LAS TRES CRUCES AV RIO **Teléfono:** 0
Tipo Discapacidad: SIN ESPECIFICAR **Grupo Etnico:** NO APLICA **Religión:** OTRA **Escolaridad:**
Grupo Sanguineo O + **Estado Civil:** Soltero(a) **Ocupación:** NINGUNA
Aseguradora: CAJACOPI EPS SAS/CAJACOPI 3964 SUB 2024
Tipo Usuario: Subsidiado **Tipo Vinculación:** Sin especificar **Estrato:** SIN ESTRATO
Cita N°: 86707 **Fecha Ingreso:** 08/05/2024 09:12 **Fecha Atención:** 08/05/2024 09:33
Especialidad: URGENCIAS **Correo Electrónico:**

EVOLUCIONES URGENCIAS

N° Evolución: **21** Fecha: **13/05/2024 9:25:00 a. m.** Profesional: **JM1412 MAROLY CECILIA UJUETA LIÑAN**

Especialidad: **PSIQUIATRIA** Tipo Evolucion: **Evolucion Especialidades**

Diagnósticos

Principal: F312 - TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EPISODIO MANIACO PRESENTE CON SINTOMAS PSICOTICOS

Tipo de Diagnostico: IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Subjetivo

YO ESTOY BIEN

Objetivo

PACIENTE FEMENINA VIGIL, LUCIDA, ESTABLECE CONTACTO VISAUL Y VERBAL EN LA ENTRVISTA, DROMOMANIACA, INTRANQUILA, LOGORREEICA, INTERRUMPE EN MUCHAS OCACIONES LA ENTREVISTA, SIN CONCIENCIA DE SITUACIÓN Y ENFEMRDAD, MANIFIESTA EN MUCHAS OCACIONES QUE SU HIJO ES EL QUE NECESITA AYUDA

Análisis

PACIENTE EN ESPERA DE REMICION AUNIDAD DE SALUD MENTAL HABILITADA POR SUE EPS

Plan de tratamiento

HOSPITALIZAR EN PSIQUIATRIA O REMITIR A UNIDAD DE SALUD MENTAL QUE AUTORICE SU EPS. DIETA POR NUTRICIÓN. QUETIAPINA TAB 200 MG 1/2-0-1 VO CARBONATO DE LITIO 300MG 1-1-1 VO CLONAZEPAM TAB 2 MG 1 - 0 -1/2 VO MODIFICADO VIGILAR POR RIESGO DE AGITACIÓN Y FUGA RESTO DE ORDENES POR MEDICINA GENERAL.

FORMULACIONES MEDICAS

No. Formula: 1302391

MED0039 ACIDO VALPROICO 250 mg CAPSULA TOMAR ORAL 250 mg CADA 8 Horas DURANTE 1 Dia(s) Cantidad: **(3)**

MAROLY CECILIA UJUETA LIÑAN
MEDICO ESPECIALISTA
Reg 55313187

FORMULA MEDICA

Fecha Formulación: 8/05/2024 12:46:00 p. m. **Consecutivo:** 1297636

Diagnosticos: F312 - TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EPISODIO MANIACO PRESENTE CON SINTOMAS PSICOTICOS -

Medicamento:
19935303-6 ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA TOMAR ORAL 1000 mg CADA Observación DURANTE 1 Dia(s)

Observaciones:
Cantidad: 2 (DOS)

Fecha Formulación: 8/05/2024 3:24:00 p. m. **Consecutivo:** 1297766

Diagnosticos: F312 - TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EPISODIO MANIACO PRESENTE CON SINTOMAS PSICOTICOS -

Medicamento:
20016549-127 ACIDO VALPROICO 250 mg CAPSULA TOMAR ORAL 250 mg CADA 8 Horas DURANTE 1 Dia(s)

Observaciones:
INDICACIÓN ESPECIAL: Administración en dosis única Cantidad: 3 (TRES)

Fecha Formulación: 8/05/2024 3:24:00 p. m. **Consecutivo:** 1297767

Diagnosticos: F312 - TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EPISODIO MANIACO PRESENTE CON SINTOMAS PSICOTICOS -

Medicamento:
20115224-3 QUETIAPINA 200 mg TABLETA TOMAR ORAL 200 mg CADA 12 Horas DURANTE 1 Dia(s)

Observaciones:
1/2-0-1 Cantidad: 2 (DOS)

Fecha Formulación: 8/05/2024 3:24:00 p. m. **Consecutivo:** 1297768

Diagnosticos: F312 - TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EPISODIO MANIACO PRESENTE CON SINTOMAS PSICOTICOS -

Medicamento:
20016549-127 ACIDO VALPROICO 250MG TABLETA TOMAR ORAL 250 mg CADA 8 Horas DURANTE 1 Dia(s)

Observaciones:

CUENTA DE COBRO

DATOS DEL CONTRATISTA			FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/07/2024
NOMBRES Y APELLIDOS:	WEYNIS JAHILINNE DE LA OSSA GOMEZ	CC:	1083030641
		RUT:	1083030641-2
CORREO ELECTRÓNICO:	Weynisgomez@gmail.com	TELÉFONO:	3007321080
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Calle 17 # 23-33 Villa Sara	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 CUENTA:	AHORRO	N° CUENTA:	51685942244

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	CD20243978	N° RP:	4517	N° CDP:	722	PLAZO - DURACIÓN: 1 MES
¿ADICIÓN O PRORROGA?	NO	TIEMPO PRORROGADO		NO		VALOR ADICIONADO: NO
FECHA DE INICIO CONTRATO	10/07/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		30 DE JULIO DE 2024		VALOR DEL CONTRATO: 2,100,000
N° CDP (ADICIÓN):	NO	OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL GRUPO DE TRABAJO DE FACTURACION DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ 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 JULIO		
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO?		$ 2,100,000				

Firma del Contratista

WEYNIS JAHILINNE DE LA OSSA GOMEZ

1.083.030.641

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
CARRERA 14 #23-42 **Tel:** 4346262 **Nit:** 891780185-2
URGENCIAS EVOLUCIONES - URGENCIAS
Historia Nº: 1081795332
Código Habilitación: 470010065001
Sistemas CitiSalud SAS

Lugar Atención: ESE HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENECHE

Fecha Impresión: 16/06/2024 03:51

Nombres y apellidos: DAYANA MICHELL BACCA ACOSTA
Tipo y número de documento: TI 1081795332
Lugar Nacimiento: COLOMBIA - MAGDALENA - SANTA MARTA
Barrio: Gaira – Centro
Tipo Discapacidad: SIN ESPECIFICAR
Grupo Sanguineo A +
Aseguradora: ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD ESS/MUTUALSER SUB 2024
Tipo Usuario: Subsidiado
Cita Nº: 91000
Especialidad: URGENCIAS
Zona Residencial: Urbana
Grupo Etnico: NO APLICA
Estado Civil: Soltero(a)
Tipo Vinculación: Sin especificar
Fecha Ingreso: 15/06/2024 19:45
Sexo: F
Edad: 17 A 11 M 25 D 19 H 45 Min
Lugar de Residencia: MAGDALENA SANTA MARTA
Dirección: GAIRA CALLE 10 CR 13 N 9 36
Religión: OTRA
Ocupación: NINGUNA
Estrato: SIN ESTRATO
Fecha Atención: 15/06/2024 19:59
Correo Electrónico:
Escolaridad:
Fecha Nacimiento: 20/06/2006
Teléfono: 3002606952

EVOLUCIONES URGENCIAS

Nº Evolución: **3** Fecha: **16/06/2024 3:50:00 a. m.** Profesional: **JM1344 JUAN SEBASTIAN ROMERO PALOMINO**

Especialidad: **MEDICINA GRAL** Tipo Evolucion: **Evolucion Médico Tratante**

Diagnósticos

Principal: E149 - DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA SIN MENCION DE COMPLICACION

DxRel 1: R739 - HIPERGLICEMIA, NO ESPECIFICADA

Tipo de Diagnostico: IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Subjetivo

REVALORO PACIENTE QUIEN REFEIRE NO TENER SINTOMATOLOGIAS EN EL MOMENTO, ACTUALMENTE REFEIRE SENTIRSE BIEN. --- GLUCOMETRIA ACTUAL 159 MG/DL

Objetivo

15/06/2024: LEUCOS 11240 NEUTROS 62% LINFOS 27.5% HB 13.6 HTO 41.2 PLAQUETAS 316.000 UROANALAISIS TURBIO AMARILLO PH 5.5 DENSIDAD 1025 NITRITOS NEG LEUCOS 10-15XC HEMATIES 3-5XC CEL EP 2-4XC BACTERIAS 2+ CL 102.1 CREATININA 0.69 GLUCEMIA BASAL 435.2 K 4.42 NA 137.5 (HEMOLEUICOPLAQUETOGRAMA CON LEVE LEUCOCITOSIS INDIFERENCIADA, SERIE ROJA Y PLAQUETARIA NORMAL, UROANALISIS CONTAMINADO NO SUGESTIVO DE INFECCION URINARI, IONOGRAMA NORMAL, POTASIO DENTRO DE LIMITES NORMALES Y SUFICIENTE PARA MANEJO INSULINICO AHORA, CREATIINA NORMAL, GLUCOSA MUY FUYERA DE METAS) --- RADIOGRAFIA DE TORAX SIMPLE INSTITUCOINAL 15/06/2024: DENTRO DE LIMITES NORMALES PARA LA EDAD

Análisis

PACIENTE EN CONTEXTO DE DIABETES DESCOMPENSADA, EN EL MOMENTO ASINTOMATICA, CON LIQUIDOS E HIDRATACION HA MEJORADO ESTA CIFRA, GLUCOMETRIA EN DESCENSO, SE ORDENA AJUSTE CON INSULINA RAPIDA, LABORATORIOS DE INGRESO NORMALES POR LO CUAL SE ORDENA AJUSTE Y REVALORACION CON GLUCOMETRIAS CADA 2-3 HORAS, AUN PENDIENTES GASES ARTERIALES (ME INDICA JEFE KAREN QUE LA PACIENTE NO PERMITIO LA TOMA DE LA MUESTRA PORQUE RETIRA EL BRAZO CUANDO SE LE VA A TOMAR), EVOLUCION CLINCA SATSIFACTORIA, SOLICITO VALORACION POR PEDIATRIA PARA AJUSTE DE MANEJO INSULINICO Y DEFINIR CONDUCTA DE EGRESO, SE EPXLICA CODNUCTA A PACIENTE Y FAMILIAR QUIENES REFEIREN ENTENDER Y ACEPTAR.

Plan de tratamiento

1- OBSERVACION MUJERES 2-VALORACION POR PEDIATRIA.

JUAN SEBASTIAN ROMERO PALOMINO
MEDICO GENERAL
Reg 1083045420

Impreso por: JM1344 - JUAN SEBASTIAN ROMERO PALOMINO

E.S.E. Hospital Universitario JULIO MÉNDEZ BARRENECHE	ACTA FINAL	CÓDIGO: GJC26F VERSIÓN: 01 FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024 Página 1 de 1

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20243978 DEL 2024

NO. DEL CONTRATO	No 20243978 DEL 2024
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	WEYNIS JAHILINNE DE LA OSSA GOMEZ
NO. DE IDENTIDAD	1083030641
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL GRUPO DE TRABAJO DE FACTURACION DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 2.100.000
FORMA DE PAGO	MENSUAL
PLAZO DE EJECUCIÓN	UN (1) MES SIN EXCEDER EL 31 DE JULIO 2024
CDP	(No. 722)
REGISTRO PRESUPUESTAL	(No. 4517)
FECHA DE ACTA DE INICIO	10 JULIO DEL 2024
FECHA DE TERMINACION CONTRATO	31 JULIO DEL 2024
SUPERVISOR DEL CONTRATO	MARIO JAVIER MANCERA SIERRA

Entre los suscritos, **MARIO JAVIER MANCERA SIERRA,** mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **85.203.465** expedida en Santana, obrando en calidad de **PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL GRUPO DE TRABAJO DE CONTABILIDAD** quien actúa como supervisor del contrato **CD20243978** por otra parte **WEYNIS JAHILINNE DE LA OSSA GOMEZ,** identificado con la cedula de ciudadanía No. **1.083.030.641** en su condición de contratista se reunieron para firmar acta de finalización de contrato.

Por último el hospital se 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 **(31)** días, del mes de **(JULIO)** del año **(2024)**.

SUPERVISOR,

MARIO JAVIER MANCERA SIERRA
CC 85.203.465

CONTRATISTA,

WEYNIS JAHILINNE DE LA OSSA GOMEZ
CC 1.083.030.641

1.STO

Sistemas CitiSalud

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
CARRERA 14 #23-42 **Tel:** 4346262 **Nit:** 891780185-2
INGRESO URGENCIAS - URGENCIAS
Historia N°: 26644676
Código Habilitación: 470010065001
Sistemas CitiSalud SAS

Lugar Atención: ESE HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENECHE **Fecha Impresión:** 14/03/2024 11:24

Nombres y apellidos: ALEJANDRA SARAIT SUAREZ PEREZ **Sexo:** F **Fecha Nacimiento:** 29/05/1999
Tipo y número de documento: DE 26644676 **Edad:** 24 A 4 M 14 D 8 H 34 Min
Lugar Nacimiento: Venezuela - MAGDALENA - SANTA MARTA **Lugar de Residencia:** MAGDALENA SANTA MARTA
Barrio: Norte **Zona Residencial:** Urbana **Dirección:** TRONCAL DE CARIBE VEREDA **Teléfono:** 3142589874
Tipo Discapacidad: SIN ESPECIFICAR **Grupo Etnico:** NO APLICA **Religión:** OTRA **Escolaridad:**
Grupo Sanguineo A + **Estado Civil:** Soltero(a) **Ocupación:** NINGUNA
Aseguradora: SECRETARIA DISTRITAL DE SANTA MARTA/SECRE DIST STA MTA MIGRANTE 2023
Tipo Usuario: Otro **Tipo Vinculación:** Sin especificar **Estrato:** SIN ESTRATO
Cita N°: 64353 **Fecha Ingreso:** 12/10/2023 08:34 **Fecha Atención:** 12/10/2023 08:57
Especialidad: URGENCIAS **Correo Electrónico:**

MOTIVO CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL

MOTIVO DE CONSULTA:
REMITIDA DE CONSULTA EXTERNA
ENFERMEDAD ACTUAL:
PACIENTE FEMENINA DE 24 AÑOS DE EDAD G1P0, CURSANDO CON EMABRAZO DE 10.1 SEMANAS, QUIEN INGRESA DIRECCIONADA DE CONSULTA EXTERNA POR PRESENTAR REPORTE DE ECOGRAFIA TV CON HALLAZGOS SUGESTIVOS DE ABORTO RETENIDO, ACTUALMENTE CON DOLOR EN HIPOGASTRIO LEVE REFEIRE SANGRADO LEVE
ANTECEDENTE PATOLOGICO NIEGA
ALERGICA NIEGA

ANTECEDENTES PERSONALES

HOSPITALARIOS:
NIEGA
QUIRURGICOS:
NIEGA
PATOLOGICOS:
NIEGA
TOXICOLOGICOS:
NIEGA
FARMACOLOGICOS:
NIEGA
TRAUMATICOS:
NIEGA
OCUPACIONAL:
NIEGA
FAMILIARES:
NIEGA
ALERGICOS:
NIEGA
TRANSFUSION:
NIEGA

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

FORMULA OBSTETRICA: NIEGA
CICLOS (FUR): NIEGA
PLANIFICACION: NIEGA
CITOLOGIA: NIEGA
CONTROLES PRENATALES: NIEGA
COMPLICACION EN GESTACION ANTERIOR: NIEGA

REVISION POR SISTEMAS

REVISION POR SISTEMAS:
REFEIRE DOLOR PELVICO

EXAMEN FISICO

SIGNOS VITALES

TA: 115/69 mmHg **FC:** 88 x min **PESO:** 72 Kg **TALLA:** 1 cm **IMC:** 720000 Kg/m2 **SUP:** 0.14 m2 **FR:** 18 x min **TEMP:** 36.5 °C **SAT:** 98 % **TAM:** 84.33 mmHg

EXAMEN FISICO

ESTADO GENERAL
NORMOCEFALA, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, CONJUNTIVAS NORMOCOLOREADAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MOVIL NO DOLOROSO A LA PALPACION, TORAX SIMETRICO, EXPANSIBLE, A LA AUSCULTACION PULMONES VENTILADOS SIN AGREGADOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS Y SIN SOPLOS, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, DOLOR EN REGION PELVICA TV CUELLO ANTERIOR CERRADO NO SANGRADO , GENITOURINARIO NO EXPLORADOS, EXTREMIDADES EUTROFICAS, SIMETRICAS Y SIN EDEMA, SNC SIN DEFICIT NEUROLOGICO, MOTOR, O SENSITIVO APARENTE, GLASGOW 15/15,

Sintomatico respiratorio: No **Sintomatico de Piel:** No

ORDENES DE PROCEDIMIENTO

Orden: 640097,640101 **No. Evolución:** 0

Diagnosticos

(R102)

Procedimientos Diagnósticos

Codigo	Descripcion	Cant.	Observaciones	Prioridad
902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	1		Baja
902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	1		Baja
902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	1		Baja
881432	ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSVAGINAL	1		Baja

Observación

DIAGNOSTICO

DIAG. PRINCIPAL: R102 - DOLOR PELVICO Y PERINEAL **OBSERVACION: TIPO DE DIAGNÓSTICO:** Impresión diagnóstica

CAUSA EXTERNA: Enfermedad General **FINALIDAD DE LA CONSULTA:** No Aplica

ANALISIS Y PLAN DE MANEJO URGENCIAS

PLAN DE MANEJO Y TRATAMIENTO
SE CONSDIERA PACIENTE CURSANDO CON POSIBLE ABORTO RETENIDO S E INDICA ECOGRAFIA TRANSVAGINAL PARACLINICO VALORACION GINECOLOGIA