	FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	Código: GJC23F	Versión: 2
		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 FABIAN ENRIQUE GONZALEZ CASTRO CON C.C N° 12547230

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20242437			DE FECHA		31/03/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$ 10,000,000			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:		$ 2,000,000
N° PAGO / N° DE INFORME::	04 DE 05		N° CRP:	2850	N° 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 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

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 específicas del objeto del contrato)
1	Recibí y entregue turnos acorde a la guia
2	Atendí pacientes asignados en el area de hospitalización según las necesidades físicas, fisiológicas, psicológicas y sociales(toma de signos vitales, baño en cama, asistencia en la alimentación, toma de glucometrias, cambios de posición, arreglo de la unidad, toma de muestras de laboratorios, realicé venopunción, verifique signos de flebitis, instale y retire infusiones de liquidos, asepsia a implementos de trabajo como aspirador, riñoneras, pisimgos, patos cada vez que fuere necesario)
3	Asistí al paciente en la alimentación enteral y parenteral.
4	Informé a la enfermera (o) de turno la seguridad del paciente de los incidentes y eventos adversos presentados en el servicio
5	Informé de las fallas de material y equipos del servicio.
6	Realicé las respectivas solicitudes y devoluciones a farmacia de insumos o medicamentos de los pacientes que ingresarón y egresarón bajo la supervisión de la Enfermera(o).
7	Recibí y entregue a los pacientes a los diferentes servicios con la lista de chequeo correspondiente
8	Asistí a las rondas medicas y durante los procedimientos de estos.
9	Apoye a la enfermera (o) en los procedimientos (curaciones, colocación y retiro de sondas vesicales, sonda nasogastrica, electrocardiograma y otros procedimientos) y en marcar los rotulos en la hora de instalar medicamentos.
10	Realicé durante el turno, seguimiento diario y registré todas las actividades y evoluciones del paciente en la historia clinica (notas de Enfermeria), en los tiempos reglamentados.
11	Observe y reporte los signos de alarma presentados por pacientes
12	Informé a la profesional Especializada de seguridad del paciente los incidentes y eventos adversos participé en reuniones para estudio de estos y todos los que deriven de la atención del paciente.
13	Proporcione orientación al paciente y familiar
14	Atendí a los pacientes con trato humanizado en el turno y/o area asignada de la E.S.E.
15	Realice asepsia general semanal y diaria al egreso del paciente , registrado en el formato correspondiente
16	clasifique, ordene y registre las lencerías del servicio a efectos de reposición de ropas y vestuarios relacionados al servicio de lavanderia.
17	Realicé una adecuada segregación de los elementos de protección personal, residuos hospitalarios que se generaron en la atención d epacientes.
18	Recibí y registre oportunamente los elementos de protección personal y le di uso correcto a estos.
19	Le di uso correcto a la administración de medicamentos.
20	Me adherí a protocolos, guias y procedimientos requeridos en la prestación del servicio.
21	Conduje a los usuarios a los distintos servicios y a otras instituciones de salud
22	Cuando fue necesario arreglé el cadáver y le entregue al familiar todas las pertenencias del paciente fallecido.
23	Informe a la enfermera(o) , médico de turno la fuga de pacientes.
24	Realicé seguimiento a la administración de los medicamentos por la enfermera(o)(farmacovigilancia)
25	Realicé proceso de esterilización del instrumental, insumos y dispositivos médicos, comprobé el correcto empaquetamiento de este y cumplí con los registros específicos
26	Preparé los paquetes de material(confección de apósitos de gasa, torundas y otro material), coloque los controles químicos y biológicos necesarios, colocándole la fecha de envasado y cerre los sobres de material
27	Clasifique el material de esterilización y comprobé el correcto empaquetamiento e introduje los diferentes paquetes según caracteristicas. Colaboré en la puesta en marcha de los aparatos cumpliendo los registros específicos

Powered by CamScanner

	FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	Código: GJC23F	Versión: 2
		FECHA DE ULTIMA REVISIÓN: 18/1/2024	
		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: [illegible]	

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y
FABIAN ENRIQUE GONZALEZ CASTRO
CON C.C N° 12547230

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20242437		**DE FECHA**		31/03/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$ 10,000,000		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:**		$ 2,000,000
N° PAGO / N° DE INFORME::	04 DE 05	**N° CRP:**	2850	**N° 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 STELLA DAZA PEÑA				

28	Proporcioné desde la zona intermedia todo el material necesario para la intervención (hojas de bisturies, apositos, ...), y mantuve la zona respuesta, limpia y ordenada.
29	Traslade al paciente a quirófano y realicé el monitoreo completo (pulsioximetro, tensiometro, electrodos, placa de bisturi) para iniciar el procedimiento quirurgico.
30	Aseguré el correcto etiquetado de las muestras biológicas obtenidas durante la intervenciòny el envio a los laboratorios correspondientes (Anatomia patológica, Microbiología, etc..).
31	Revisé el funcionamineto de los equipos y elementos que se encuentran en la ambulancia y otros servicios: pulsoximetro, aspirador, tensiometro, desfibrilador, etc.
32	Ayudé al médico en las maniobras de "soporte vital bàsico"(SVB) y "soporte vital avanzado"(SVA) que se aplicó al enfermo crítico.
33	Movilicé e inmovilicé al paciente con seguridad y rápidez en problemas traumatológicos y psiquiatricos, etc...
34	Al realizar traslado del paciente a otro servicioo por medio de ambulancia: Antes: Rrecibí las ordenes del servicio, se le informo a los familiares que le van a realizar un procedimiento y deben estar listos media hora antes, se verifico el nombre del paciente, número de cama asignada, el estado del paciente, para ver si se podia transportar en silla de rueda o en camilla, verificanto el acompañamiento del familiar, y mirar las condiciones de las venas y si estan permeables y con angiocath N° 18 y reciente.
35	Preparé al paciente para procedimientos (quirurgicos, medios diagnósticos como TAC, ecografias, estudios especializados).
36	Realicé registro de verificación de los pacientes que fueron sometidos a procedimiento quirurgicos (lista de chequeos).
37	Verifiqué el diligenciasmiento del consentimiento en las transfusiones sanguineas, autorización de procedimientos quirurgicos y de anestesia, además la declaración de retiro voluntario, que estuvieran bien diligenciados.
38	Llene el formato de transfusión sanguinea antes, durante y después de la transfusión.
39	Preparé el equipo y paciente antes, durante y después de la atención del parto.
40	Atendi al recien nacido.
41	Prepare el equipo y a la paciente para el monitoreo fetal.
42	Actualicé el kardex y tarjetas de medicamento si la Enfermera(o) no se encontraba o estaba ocupada.
43	Controlé la entrada y salida de historias clinicas del consultorio(prestación é ehistorias clinicas)
44	Surtí los consultorios de materiales, equipos, etc.
45	Recibí al paciente y la programación de cirugia ambulatoria, verifique que no tenga accesorios, no uñas pintadas, no cabello mojado, que el paciente este afectado en la zona de inserción, se verifico los documentos de este y que estuvieran completos y actualizados, se realizó notas de enfermeria, se verifico la autorización para la cirugia, se admisiono y se trasladó al piso correspondiente.
46	Al recibir al paciente procedente de cirugia u otros servicios se verificó en la historia clinica estén los registros médicos y de enfermeria llenos.
47	Recogí las facturas de los paciente y verifique que estos aparezcan en el sistema.
48	Bajo la resolución 1955 de 1999 y 839 de 2014 cumplí con el diligenciamiento de los RIPS, formato de seguimiento, evolución, facturación y registros propio de la ESE.
49	Le dí uso adecuado y racional a los elementos, recursos y demás medios institucionales.
50	Garanticé la presencia oportuna, cuando se requirio hacer procedimientos y labores propias de auxiliar de enfermeria en cualquier servicio de la ESE.
51	Respondí por los daños y perjuicios en salud que se generarón a un usuario por negligencia, omisión, descuido, exceso o cualquier otra acción imputable por mi culpa.
52	Permaneci atenta a comunicación las 24 horas del dia para una facil localización en caso de urgencias, para lo cual certifique el número telefónico.
53	La suspensión, cancelación y atrasos en la prestación de los servicios por incumplimiento en los turnos asignados sin justificación que ocasionen traumas y /o alteraciones en la oportunidad de la prestación del servicio, será objeto de glosas de la orden que se genere, el incumplimiento a un turno nocturno no tiene derecho al descanso.
54	El valor mensual facturado dependerá de las actividades contratadas y cumplidas por mi parte (contratista) y verificadas por el supervisor asignado al contrato.
55	Reportè inmediatamente cualquier incapacidad a la profesional especializada de la unidad de Enfermeria.
56	Desarrollé las actividades difundidas en el contrato por cumplimiento con la agenda de turnos y horas establecidas (192 horas).
57	Asistí a capacitaciones, programas de formación continua y apropiación de inducción y reinducción.
58	Garanticé la prestación del servicio objeto del contrato, cumpliendo estrictamente con las caracteristicas y referencias descritas en el presente documento, las cuales se ajustaron a las normas de calidad de conformidad con lo establecido por la ESE Hospital Universitario Julio Mendez Barreneche. Adicionalmente garantice los servicios ofrecidos permitan la mantenga la calidad y eficiencia.
59	Realicé las actividades asignas por el supervisor del contrato y las demás que determine el gerente.

Powered by CamScanner

	FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	Código: GJC23F	Versión: 2
		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
FABIAN ENRIQUE GONZALEZ CASTRO
CON C.C N° 12547230

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20242437		DE FECHA		31/03/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$ 10,000,000		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:		$ 2,000,000
N° PAGO / N° DE INFORME::	04 DE 05	N° CRP:	2850	N° 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 STELLA DAZA PEÑA				

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9468952824	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	22/07/2024	$ 162.500
PENSIÓN:	PORVENIR	22/07/2024	$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	22/07/2024	$ 31.700

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 periodo correspondiente

FIRMA DEL CONTRATISTA:	
N°. IDENTIFICACIÓN:	CC N° 12547230

Powered by CamScanner

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE	FORMATO INFORME DE SUPERVISOR	Código: GJC22F	Versión: 1
		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/01/2024	
		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:30/07/2024	

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

FABIAN ENRIQUE GONZALEZ CASTRO

CON C.C N° 12547230

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20242437		DE FECHA		31/03/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$ 10,000,000		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:		$ 2,000,000
N° PAGO / N° DE INFORME::	04 DE 05	N° CRP:	2850	N° CDP:	510
PLAZO DEL CONTRATO	(5) CINCO MESES	FECHA DEL ACTA DE INICIO:		01/04/2023	
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9468952824	OPERADOR:		APORTES EN LINEA	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA				
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:	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 JULIO 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° 4 (CUATRO) de 5 (CINCO)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	
N°. IDENTIFICACIÓN:	36.541.888

Powered by CamScanner

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1234*230		GONZALEZ CASTRO FABIAN ENRIQUE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MZ 21 CS 9 BRR LUZ DEL MUNDO	SANTA MARTA MAGDALENA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-08	47753810	94685923824	I	2024/07/09	2024/07/22	BANCO DE OCCIDENTE	0	$406,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
Nit	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
[redacted]																					
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	1234*230	GONZALEZ FABIAN	ENRIQUE		$1,300,000	$208,000	EPS001	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-II	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

2024/07/22 04:24 PM

Powered by CamScanner

CUENTA DE COBRO

DATOS DEL CONTRATISTA		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:30/07/2024	
NOMBRES Y APELLIDOS:	FABIAN ENRIQUE GONZALEZ CASTRO	CC:	12547230
		RUT:	12547230-1
CORREO ELECTRÓNICO:	fabiangonzalezcastro12@gmail.com	TELÉFONO:	3127841853
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Manzana 21 Casa 9 Urbanizacion Luz del Mundo	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:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORRO	N° CUENTA:	117100079963

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	CD20242437	N° RP:	2850	N° 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 DE AGOSTO DE 2024		VALOR DEL CONTRATO: s 10,000,000
N° CDP (ADICIÓN):	NO	OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ 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:		jul-24		
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO?		$ 2,000,000				

Firma del Contratista

FABIAN ENRIQUE GONZALEZ CASTRO
C.C 12547230

Powered by CamScanner