| | | |
|---|---|---|
| E.S.E. Hospital Universitario JULIO MÉNDEZ BARRENECHE | **ACTA DE DESIGNACIÓN DE SUPERVISOR** | CÓDIGO: GJC24F<br>VERSIÓN: 02<br>FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024<br>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 |
|---|---|---|---|
| CD20242653 | JAIRO ALFONSO REDONDO SOTO | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE. | Previa legalización, sin exceder el 30 de abril 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.

GERMAN GAVIRIA VARGAS MOSQUERA
GERENTE

COPIA CONTROLADA

| E.S.E Hospital Universitario JULIO MÉNDEZ BARRENECHE | ACTA INICIO | CÓDIGO: GJC25F<br>VERSIÓN: 01<br>FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024<br>Página 1 de 302 |
|---|---|---|

## ACTA DE INICIO DEL CONTRATO CD20242653 DEL 2024

| | |
|---|---|
| **NO. DEL CONTRATO** | CD20242653DEL 2024 |
| **NOMBRE DEL CONTRATANTE** | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | REDONDO SOTO JAIRO ALFONSO |
| **NO. DE IDENTIDAD** | C.C 7632296 |
| **OBJETO DEL CONTRATO** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE. |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO** | TRES MILLONES CIEN MIL PESOS M/L (3.100.000) |
| **FORMA DE PAGO** | 1 cuotas por valor de TRES MILLONES CIEN MIL PESOS M/L ($3.100.000), de conformidad con el informe de la ejecución de las actividades contractuales realizadas, previa certificación de cumplimiento de expedida por parte del Supervisor del contrato. |
| **PLAZO DE EJECUCIÓN** | Previa legalización del contrato sin exceder 30 DE ABRIL DE 2024 |
| **CDP** | 510 |
| **REGISTRO PRESUPUESTAL** | 3033 |
| **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. **CD20242653** y por la otra, **REDONDO SOTO JAIRO ALFONSO**, 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 **01** días, del mes de **ABRIL** del año **2024.**

SUPERVISOR,

**AURA STELLA DAZA PEÑA**
**CC.36.541.888**

CONTRATISTA,

**REDONDO SOTO JAIRO ALFONSO**
C.C 7632296

COPIA CONTROLADA

# CUENTA DE COBRO

| DATOS DEL CONTRATISTA | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | JAIRO ALFONSO REDONDO SOTO | CC: | 7632296 |
| | | RUT: | 7632296-0 |
| CORREO ELECTRÓNICO: | jareso_28@hotmail.com | TELÉFONO DE CONTACTO: 3012298398 | |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | Urb. Villa del mar Mz E casa 2 | CIUDAD: | SANTA MARTA |

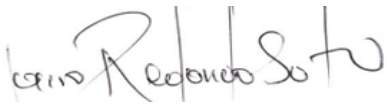
**Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.**

| | |
|---|---|
| **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: | BANCO DE BOGOTA | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | N° CUENTA: | 220308035 |
|---|---|---|---|---|---|

| DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº DEL CONTRATO: | CD20242653 | Nº RP: | 3033 | N° CDP: | 510 | PLAZO - DURACIÓN: 1 MES |
| ¿ADICIÓN O PRORROGA? | NO | TIEMPO PRORROGADO | | NO | | VALOR ADICIONADO: NO |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 4/1/2024 | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | | 4/30/2024 | | VALOR DEL CONTRATO: $ 3.100.000 |
| N° CDP (ADICIÓN): | NO | OBJETO DEL CONTRATO | PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA(O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE 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 ABRIL 2024 | | |
| VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO? | | | | $ 3,100,000 | | |



**JAIRO ALFONSO REDONDO SOTO**
**CC. 7632296**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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:26/04/2024** | |

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

**JAIRO ALFONSO REDONDO SOTO**

**CON C.C Nº 7,632,296**

**I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

| | |
|---|---|
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | **PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA(O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **CD20242653** | | **DE FECHA** | | **3/31/2024** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO:** | $ 3.100.000 | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:** | | $ 3.100.000 |
| **N° PAGO / N° DE INFORME::** | 1 DE 1 | **Nº CRP:** | 3033 | **N° CDP:** | 510 |
| **PLAZO DEL CONTRATO** | (1) UN MES | **FECHA DEL ACTA DE INICIO:** | | **01/04/2024** | |
| **N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:** | 4543211676 | **OPERADOR:** | SOI | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | AURA ESTELLA 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 VERIFICAQUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES DE ABRIL 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** |

**ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20242653 DE 2024**

| | |
|---|---|
| **NO. DEL CONTRATO** | **CD20242653 DE 2024** |
| **NOMBRE DEL CONTRATANTE** | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | JAIRO ALFONSO REDONSO SOTO |
| **NO. DE IDENTIDAD** | 7632296 |
| **OBJETO DEL CONTRATO** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA(O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE. |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO** | TRES MILLONES CIEN MIL PESOS M/C ($3.100.000) |
| **FORMA DE PAGO** | El HUJMB cancelará al CONTRATISTA 1 cuota, por valor de TRES MILLONES CIEN MIL PESOS M/L. (3100000), de conformidad con el informe de la ejecución de las actividades contractuales realizadas, previa certificación de cumplimiento de expedida por parte del Supervisor del contrato. |
| **PLAZO DE EJECUCIÓN** | Previa legalización del contrato sin exceder 30 de abril de 2024 |
| **CDP** | 510 |
| **REGISTRO PRESUPUESTAL** | 3033 |
| **FECHA DE ACTA DE INICIO** | 01 DE ABRIL DE 2024 |
| **FECHA DE TERMINACION CONTRATO** | 30 DE ABRIL DE 2024 |
| **SUPERVISOR DEL CONTRATO** | UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA |

Entre los suscritos, **AURA STELLA DAZA PEÑA,** mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **CC. 36541888,** expedida en Santa Marta, obrando en calidad de Profesional Especializado Unidad Enfermería, quien actúa como supervisor del contrato **CD20242653,** por otra parte JAIRO ALFONSO REDONSO SOTO, identificado con la cedula de ciudadanía No. 7632296 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 **30** días, del mes de **ABRIL** del año **2024**.

SUPERVISOR

**AURA STELLA DAZA PEÑA**
**CC. 36541888**

CONTRATISTA

**JAIRO ALFONSO REDONSO SOTO**
**CC. 7632296**

COPIA CONTROLADA

COPIA CONTROLADA

| | | | |
|---|---|---|---|
| E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE | **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO** | **Código: GJC23F** | **Versión: 2** |
| | | **FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024** | |
| | | **FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 26/04/2024** | |

**CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y**
**JAIRO ALFONSO REDONDO SOTO**
**CON C.C Nº 7632296**

**I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTACION DE SERVICIOSPROFESIONALES COMO ENFERMERA(O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | | | | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **CD20242653** | | | **DE FECHA** | | **3/31/2024** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO:** | $3.100.000 | | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:** | | $3.100.000 |
| **N° PAGO / N° DE INFORME::** | 1 DE 1 | | **Nº CRP:** | 3033 | **N° CDP:** | 510 |
| **PLAZO DEL CONTRATO** | (1) UN MES(ES) | | **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**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **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 | Planee, organice, dirigi, realice las gestiones necesarias para lograr el funcionamiento de los servicios de acuerdo a los planes y programas establecidos. |
| 2 | Solucione los problemas detectados o comunicados; si están fuera de su alcance derivarlos al nivel jerárquico correspondiente (coordinadores de áreas) |
| 3 | Realice Rondas de Seguridad de Paciente diaria: Identificación de paciente, Venopunciones, Equipos invasivos, segregación de residuos hospitalarios, orden y aseo de los servicios |
| 4 | Supervise que la entrega y recibo de turno se realice de acuerdo al protocolo establecido por la institución. |
| 5 | Verifique la aplicación de listas de chequeo para el control en la prevención de infecciones y procesos básicos de Enfermería. |
| 6 | Vele por el cumplimiento de los protocolos, procesos y formatos de los diferentes servicios. |
| 7 | Comprobe la realización de la asepsia en los diferentes servicios y que se encuentre bien organizado los sitios de trabajo. |
| 8 | Verifique que se registren en los formatos correspondiente la asepsia, equipos biomédicos, carro de paro, kit obstétricos, bitácoras ingreso y egreso de pacientes, bitácoras de enfermería, registros de elementos de protección personal, asignación de pacientes y roles, reservas de hemoderivados, lavandería, muestras sanguíneas, etc. |
| 9 | Vigile el uso adecuado de registros de enfermería: Expediente clínico, censo, registros estadísticos, planes de asignación, rotación y otros. |
| 10 | Verifique la actualización diaria de los registros de los pacientes en el tablero con camas reservadas |
| 11 | Detecte la necesidad de material/equipo de los servicios y gestionar la adquisición. |
| 12 | Vigile la hora y la administración correcta de prescripciones médicas |
| 13 | Verifique que se cumpla con la notificación inmediata de los eventos adversos y/o incidentes que se presenten en la atención del paciente. |
| 14 | Participe en la actualización de documentos e instrumentos técnico administrativos de la unidad de Enfermería. |
| 15 | Informe al jefe inmediato de forma escrita de cualesquiera anomalías que se presente en los servicios. |
| 16 | Participe en las reuniones internas de la institución y que sean delegada por la jefe inmediata. |
| 17 | Participe en la actualización de los protocolos, guías e instructivos manejados por la institución |
| 18 | Supervise el cumplimiento en la recepción, devolución, preparación y administración de medicamentos. |
| 19 | Vigile el confort del cliente externo: Supervisar el baño diario, arreglo de la unidad, cambio de posición (prevención de ulceras por presión), Supervisar que tipo de Alimentación se está suministrando al paciente. |
| 20 | Verifique la preparación adecuada de los estudios y cirugía. |
| 21 | Verifique, realice y gestione el registro de eventos adversos, e incidentes y de infecciones intrahospitalarias presentados en el servicio. |
| 22 | Gestione de estudios diagnóstico, estudios especiales e interconsultas, etc. |
| 23 | Proporcione orientación a los estudiantes y al personal de inducción |
| 24 | Gestione oportunamente las órdenes de transfusiones indicada para cada paciente y verificación de este procedimiento |
| 25 | Verifique de la Actualización de Kardex, tarjeta de medicamentos, hoja de tratamiento, control y distribución de líquidos esté diligenciada como es debido. |
| 26 | Gestione la asignación de las camas del servicio y a otro servicio |
| 27 | verifique el registro de las curaciones de las enfermeras asistenciales |
| 28 | Asisti a las rondas médicas y de enfermería de su área para conocer el proceso de cuidado de estos pacientes. |
| 29 | Notifique daños a mantenimiento, realizar ronda conjuntamente con mantenimiento. |
| 30 | Informe por escrito, diariamente a coordinación los inconvenientes presentados en cada servicio. |
| 31 | Verifique el cumplimiento de la presentación personal de enfermería |
| 32 | Recibi y entregue turno de acuerdo a la guía institucional. |
| 33 | Asignación de pacientes, consultorios al personal de auxiliar de Enfermería y enfermera asistencial antes de la ronda de Enfermería |
| 34 | Propicione un ambiente agradable, utilizando siempre la comunicación asertiva tanto con paciente, familiar y grupo de trabajo |
| 35 | Proporcione atención de enfermería a pacientes hospitalizados según las necesidades físicas, fisiológicas, psicológicas y sociales (plan de atención de enfermería) |
| 36 | Elabore de reporte de enfermería |
| 37 | Maneje y controle el material y equipo en la atención del paciente. |
| 38 | Garantice la presencia oportuna, cuando se requieran hacer los procedimientos y labores propias del profesional en enfermería en cualquiera de los servicios de la E.S.E. |
| 39 | Cuando el paciente ingrese y en el turno nocturno, realizar el pedido de jeringa, líquidos de 100cc, y 250 cc para 24 horas dependiendo de la cantidad de dosis de medicamento que tenga el paciente, así mismo solicitar las jeringas necearías para la toma de laboratorio, la solución salina para el previo lavado pre y post para permeabilización de venopunción, equipos cuando el paciente ingrese |
| 40 | Entregue historia clínica a facturación de paciente que tengan egresos en el orden establecidos |
| 41 | Asisti a las rondas Médicas y a los especialistas y médicos generales durante los procedimientos. |
| 42 | Respondi por los daños y perjuicios en salud que se le genere a un usuario por su negligencia, omisión, descuido, olvido, exceso o cualquier otra acción imputable a su culpa. Lo que conllevara igualmente a las sanciones disciplinarias a las que tenga lugar. |
| 43 | Participe en las jornadas científicas, actividades académicas y de investigación. |
| 44 | Realice seguimiento diario de la historia clínica (evolución, ordenes médica, notas de Enfermería, etc.,) en todo lo referente a la atención y evolución de los pacientes. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE | **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO** | **Código: GJC23F** | **Versión: 2** |
| | | **FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024** | |
| | | **FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 26/04/2024** | |

**CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y**
**JAIRO ALFONSO REDONDO SOTO**
**CON C.C Nº 7632296**

**I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTACION DE SERVICIOSPROFESIONALES COMO ENFERMERA(O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | | | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **CD20242653** | | **DE FECHA** | | **3/31/2024** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO:** | $3.100.000 | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:** | | $3.100.000 |
| **N° PAGO / N° DE INFORME::** | 1 DE 1 | **Nº CRP:** | 3033 | **N° CDP:** | 510 |
| **PLAZO DEL CONTRATO** | (1) UN MES(ES) | **FECHA DEL ACTA DE INICIO:** | 01/04/2024 | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | AURA ESTELLA DAZA PEÑA | | | | |

| | |
|---|---|
| 45 | Diligencie la Historia clínica 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. |
| 46 | Realice seguimiento diario de la historia clínica (evolución, ordenes médica, notas de Enfermería, etc.,) en todo lo referente a la atención y evolución de los pacientes. |
| 47 | Actualice Kardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo a los cambios efectuados por médico tratante en la evolución y ordenes médicas, en los diferentes turnos (corrido, noche) etc. |
| 48 | Participe en las juntas médicas y dejar constancia por escrito de conceptos médicos emitidos |
| 49 | Tener comunicación las 24 horas del día para su fácil localización en casos de urgencias, para lo cual deberán certificar el número telefónico. |
| 50 | Administración de medicamentos de acuerdo al protocolo institucional. |
| 51 | Solicite los productos de asepsia y Supervisar la desinfección en el servicio y registrarlo en el formato correspondiente |
| 52 | Supervisar el cuidado, conservación y reposición de batas, sabanillas, sabanas, toallas, etc. |
| 53 | Supervise y cumpli con la correcta segregación de los elementos de protección personal y manejo de ropa sucia, |
| 54 | Preste los servicios que se encuentran relacionados en el estudio de conveniencia, necesidad y oportunidad, en las cantidades que se indiquen y con las características técnicas exigidas. |
| 55 | cumpli con los turnos elaborados por la Unidad funcional de enfermería y realizar un informe de las actividades realizadas y el cumplimiento de las mismas. |
| 56 | Haci uso racional de los insumos y elementos que se encuentren dentro del stock del servicio, velando por su adecuada utilización. |
| 57 | Realice supervisión e inspección oportuna al carro de paro, equipos biomédicos con los que cuenta el servicio, hacer las respectivas anotaciones a que hallan lugar sea diaria y quincenal |
| 58 | Brinde orientación el estudiante que de acuerdo al convenio docencia-servicio tiene la institución con las universidades para el desarrollo de sus prácticas. |
| 59 | Realice la notificación oportuna de los eventos adversos, así como incidentes que se puedan presentar con el paciente durante su estancia hospitalaria. |
| 60 | Proporcione educación y orientación a pacientes y familiares para la conservación de la salud y tratamiento médico especifico. |
| 61 | Vigile la conservación y uso adecuado de la capacidad instala del servicio. |
| 62 | Participe en la elaboración de manuales, procesos, horarios y procedimientos que permitan mejorar la prestación oportuna del servicio a los pacientes y usuarios de la institución. |
| 63 | Desarrolle las actividades definidas de acuerdo a contratación definido por partes con las agendas de turno y horas establecidas mensuales (192h) |
| 64 | Aplique los indicadores de Seguridad del Paciente y Humanización del Servicio. |
| 65 | Obrar con diligencia y el cuidado necesario en los asuntos que le asigne el supervisor del contrato. |
| 66 | Planifique y supervise las actividades de enfermería dentro del quirófano o puesto al que haya sido asignado |
| 67 | Respondi oportunamente a solicitudes realizadas por el Supervisor del Contrato. |
| 68 | Adherencia a protocolos, guías y procedimientos requeridos en la prestación del servicio |
| 69 | Gestionar la información, y/o documentos físicos, órdenes de procedimientos que se genere en el servicio de acuerdo a la necesidad del paciente y normatividad. |
| 70 | Apoye a los estudiantes en práctica que hagan parte de la relación docencia servicio |
| 71 | Reporte a biomédicos y mantenimiento en casos que se presente algún inconveniente con los equipos e infraestructura. |
| 72 | Verifique que el paciente que egrese se le entregue ordenes médica, epicrisis, incapacidades, resumen de procedimientos, formato de patología, controles médicos y entre otros |
| 73 | Garantice 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. |
| 74 | Cumpli con lo establecido en la resolución 3280 de 2018, de manera que se garantice la efectiva y oportuna atención definida en la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal, Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna y Estrategia Hospital Padrino, según su competencia. |
| 75 | Participe en la elaboración de documentos institucionales referentes a la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal, Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna y Estrategia Hospital Padrino. |
| 76 | Garantice la participación a las actividades referentes a la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal, Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna y Estrategia Hospital Padrino, dirigida al personal de la Institución e instituciones apadrinadas. |
| 77 | Recibi Asistencia Técnica para la implementación y seguimiento de la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal, Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna y Estrategia Hospital Padrino, por parte del Ministerio de Salud o de las Instituciones Asesoras (Superpadrinos). |
| 78 | Realice seguimientos de la adherencia de guías, protocolos, procedimientos y otros establecidos en los servicios de salud, en cumplimiento de la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal, Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna y Estrategia Hospital Padrino. |
| 79 | 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. |
| 80 | Asistencia a capacitaciones, programas de formación continua, y apropiación de procesos de inducción y reinducción. |
| 81 | Las demás que determine el Gerente, el Supervisor y que se deriven de las necesidades de la E.S.E. |

**V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | **4543211676** | **OPERADOR:** | **APORTES EN LINEA** |

| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
|---|---|---|---|
| **SALUD:** | **SALUD TOTAL** | **4/25/2024** | **$ 162,500** |
| **PENSIÓN:** | **PORVENIR** | **4/25/2024** | **$ 208,000** |
| **RIESGOS LABORALES:** | **POSITIVA** | **4/25/2024** | **$ 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.

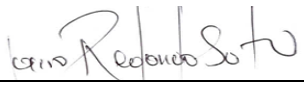
**VII. ANEXOS**

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

| | | | |
|---|---|---|---|
| E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE | **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO** | **Código: GJC23F** | **Versión: 2** |
| | | **FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024** | |
| | | **FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 26/04/2024** | |

**CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y**
**JAIRO ALFONSO REDONDO SOTO**
**CON C.C Nº 7632296**

**I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTACION DE SERVICIOSPROFESIONALES COMO ENFERMERA(O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | | | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **CD20242653** | | **DE FECHA** | | **3/31/2024** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO:** | $3.100.000 | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:** | | $3.100.000 |
| **N° PAGO / N° DE INFORME::** | 1 DE 1 | **Nº CRP:** | 3033 | **N° CDP:** | 510 |
| **PLAZO DEL CONTRATO** | (1) UN MES(ES) | **FECHA DEL ACTA DE INICIO:** | 01/04/2024 | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | AURA ESTELLA DAZA PEÑA | | | | |
| Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente | | | | | |
| **FIRMA DEL CONTRATISTA:** |  | | | | |
| **N°. IDENTIFICACIÓN:** | **7632296** | | | | |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 7632296 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | JAIRO ALFONSO REDONDO SOTO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | SANTA MARTA | DEPARTAMENTO: | MAGDALENA |
| DIRECCIÓN: | UBR ACODIS MZ 4 CS 16 | TELÉFONO: | 4444444 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | **4543211676** | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | marzo AÑO 2024 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | marzo AÑO 2024 |
| DÍAS DE MORA: | | 3 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2024/04/25 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 9998443637 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 208.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 600 | $ 0 | $ 208.000 | $ 600 | $ 208.600 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 208.000** | **$ 600** | **$ 208.600** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 162.500 | $ 0 | $ 500 | $ 0 | $ 162.500 | $ 500 | $ 0 | $ 163.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 162.500** | **$ 500** | **$ 0** | **$ 163.000** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 31.700 | $ 31.700 | $ 100 | $ 0 | $ 31.800 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 31.700** | **$ 100** | **$ 0** | **$ 31.800** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | | SALUD | | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 7632296 | REDONDO SOTO JAIRO ALFONSO | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.300.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.300.000 | $ 208.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 208.000 | EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 1.300.000 | $ 162.500 | $ 0 | $ 162.500 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.300.000 | 7632296 | $ 31.700 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 403.400** |

**ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**

NIT: 891780185
CARRERA 14 #23-42
4346262

AÑO: 2024 NÚMERO DE ACUERDO: 004 FECHA: 31/03/2024

**REGISTROS PRESUPUESTALES No. 3033**

LA PROFESIONAL UNIVERSITARIA DE PRESUPUESTO

**CERTIFICA**

**CERTIFICADO DISPONIBILIDAD No.510**

**TERCERO:** 7632296 - REDONDO SOTO JAIRO ALFONSO

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 2653

**VALOR:** $ 3,100,000.00

TRES MILLONES CIEN MIL (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 | | | 3,100,000 |

| Contrato | No. Contrato | Fecha Inicial | Fecha Final |
|---|---|---|---|
| PRESTACION DE SERVICIOS | 2653 | | |

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