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

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y ANABELL DEL ROSARIO PARRA LABASTIDA CON C.C Nº 1.221.984.530

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.			**DE FECHA**	**8/05/2024**
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20243447**			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:**	2.000.000
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$ 4.000.000	**Nº CRP:**	3992	**Nº CDP:**	510
Nº PAGO / Nº DE INFORME::	2 DE 2	**FECHA DEL ACTA DE INICIO:**		**15/05/2024**	
PLAZO DEL CONTRATO	(2) DOS MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	AURA STELLA DAZA PEÑA				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	N/A	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				N/A	
VALOR ADICIONADO	N/A	**CDP DE LA ADICIÓN:**	N/A	**CRP DE LA ADICIÓN:**	N/A	**TIEMPO PRORROGADO:**	N/A

III. POLIZAS (SI APLICA)

Nº DE PÓLIZA:	N/A	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	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 especificas del objeto del contrato)
1	Recibi y entregue turno de acuerdo a la guia
2	Proporcione la atención de enfermeria a pacientes de consulta externa, hospitalizados según las necesidades fisicas, fisiológicas, psicológicas y sociales
3	Realize las rutinas del servicio (toma de signos vitales, baño en cama, asistir en la alimentación, toma de glucometria, cambios de posición, arreglo de la unidad, toma de muestra de laboratorio, realizar venopunción y verificar signos de flebitis, instalar y retirar infusiones de liquidos, asepsia a los implementos de trabajo como aspirador, riñoneras, pisingos, patos cada vez que sea necesario)
4	Solicite ante farmacia los insumos y medicamentos de los pacientes que egresen e ingresen al servicio o cambio por orden médica
5	Realize las respectivas devoluciones a farmacia de insumos o medicamentos que el paciente ya no requiera bajo la supervisión de la enfermera
6	Recibi y entregue a los pacientes a los diferentes servicios con la lista de chequeo correspondiente
7	Apoye a la enfermera en marcar el rotulo en la hora de instalar el medicamento
8	Apoye al personal de enfermeras en los procedimientos (curaciones, colocación y retiro de sonda vesical, sonda nasogástrica, E:CG, u otro procedimiento)
9	Realize seguimiento diario y registre todas las actividades y evoluciones del paciente en la historia clinica durante el turno
10	Estuve oportunamente, cuando se requeria hacer los procedimientos y labores propias del auxiliar de enfermeria en cualquier servicio de la E.S.E
11	Observe y reporte los signos de alarma presentados por sus pacientes
12	Atendi a los pacientes con trato humanizado en el turno y / o área a asignada de la E.S.E
13	Realize asepsia general semanal y diaria cuando egrese el paciente, registre en el formato correspondiente
14	Clasifique, ordene y controle las lencerias de los servicios a efectos de reposición de ropas y de vestuario, relacionándose con los servicios de lavanderia
15	Realize una adecuada segregación de los elementos de protección personal, residuos hospitalarios que se generen de la atención de los pacientes, de cualquier otro procedimiento y manejo de ropa sucia
16	Recibi, registre oportunamente los elementos de protección personal y cumplir con el correcto uso de estos. Diligenciar correctamente los formatos requeridos en los servicios
17	Realize los usos correctos de administración de medicamentos
18	Realice la recogida y limpieza del instrumental empleado en los procedimientos e intervenciones quirúrgicas, así como ayude al Personal de enfermeria en la ordenación de las vitrinas
19	Desarrolle las actividades definidas de acuerdo a contratación definido por partes con las agendas de turno y horas establecidas mensuales (192h)
20	Asisti a capacitaciones, programas de formación continua, y apropiación de procesos de inducción y reinducción
21	Realice las notas de Enfermeria a pacientes asignados en los tiempos reglamentados
22	Realice el seguimiento a la administración de los medicamentos por la enfermera
23	Realize todas y cada una de las actividades que asigno el supervisor del contrato y las demás que determino el Gerente, y que se derivaron de las necesidades de la E.S.E

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9468732074	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	
SALUD:	SANITAS	19/06/2024	146.500	
PENSIÓN:	PORVENIR	19/06/2024	22.400	
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	19/06/2024	114.500	

VI.DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

Powered by CamScanner

HJMB Hospital 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: 27/06/2024	

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y
ANABELL DEL ROSARIO PARRA LABASTIDA
CON C.C Nº 1.221.984.530

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20243447**		**DE FECHA**		**8/05/2024**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$ 4.000.000		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:**		2.000.000
Nº PAGO / Nº DE INFORME::	2 DE 2	**Nº CRP:**	3992	**Nº CDP:**	510
PLAZO DEL CONTRATO	(2) DOS MESES	**FECHA DEL ACTA DE INICIO:**		**15/05/2024**	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	AURA STELLA DAZA PEÑA				

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social por el valor que exige la Ley, pago del cual anexo copia simple.
3.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

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

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

FIRMA DEL CONTRATISTA:	Ana Parra L.
Nº. IDENTIFICACIÓN:	**CC 1.221.984.530**

Powered by CamScanner

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

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y
ANABELL DEL ROSARIO PARRA LABASTIDA
CON C.C N° 1.221.984.530

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20243447		DE FECHA		8/05/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$ 4.000.000		VALOR DE HONORARIOS PERIODO:		2000000
N° PAGO / N° DE INFORME::	2 DE 2	N° CRP:	3992	N° CDP:	510
PLAZO DEL CONTRATO	(2) DOS MES	FECHA DEL ACTA DE INICIO:	8/05/2024		
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9468732074	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 DURANTE EL MES DE JUNIO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPETIVO

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° 2 (DOS) de 2 (DOS)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	Aura Stella Daza P
N°. IDENTIFICACIÓN:	36541888

Powered by CamScanner

CUENTA DE COBRO

DATOS DEL CONTRATISTA			
NOMBRES Y APELLIDOS:	ANABELL DEL ROSARIO PARRA LABASTIDA	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 27/06/2024	
		CC:	1221984530
		RUT:	1221984530-7
CORREO ELECTRÓNICO:	parraanabell80@gmail.com	TELEFONO:	3023198071
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CRA 18b # 29c3-60 Barrio Villa del carmen	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:	AHORROS	N° CUENTA:	235274206

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	CD20243447	Nº RP:	3992	N° CDP:	510	PLAZO - DURACIÓN: 2 MESES
¿ADICIÓN O PRORROGA?	NO	TIEMPO PRORROGADO		NO		VALOR ADICIONADO: NO
FECHA DE INICIO CONTRATO	15/05/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		30 DE JUNIO DE 2024		VALOR DEL CONTRATO: 4.000.000
N° CDP (ADICIÓN):	NO	OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.			
Nº 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:		JUNIO 2024		
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO?				$ 2.000.000		

Firma del Contratista

Ana Parra L.

ANABELL DEL ROSARIO PARRA LABASTIDA

C.C 1.221.984.530

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	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1221984536		PARRA LARACTEGUI ANABELL DEL ROSARIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 18B 29C3 - 70 VILLA DEL CARMEN	SANTA MARTA-MAGDALENA	3023199071	NO

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-05	274491539	94487220274	I	2024/06/12	2024/06/19	BANCO DE OCCIDENTE	7	$301,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres		Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$910,000	$145,600			$910,000	$113,800			$910,000	$18,200			$910,000	$22,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$910,000	$145,600			$910,000	$113,800			$910,000	$18,200			$910,000	$22,200		$0	$0
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)						$910,000	$145,600			$910,000	$113,800			$910,000	$18,200			$910,000	$22,200		$0	$0
1	CC	1221984536	PARRA ANABELL	230501	21	$910,000	$145,600	EPS005	21	$910,000	$113,800	CCF33	21	$910,000	$18,200	14-03	21	$910,000	$22,200	21	$0	$0
Total Afiliados(1)						$910,000	$145,600			$910,000	$113,800			$910,000	$18,200			$910,000	$22,200		$0	$0

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	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1221984530		PARRA LABASTIDAS ANABELL DEL ROSARIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 188 29c3 - 70 VILLA DEL CARMEN	SANTA MARTA-MAGDALENA	3023198071	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-05	37449159	9468732074	I	2024/06/12	2024/06/19	BANCO DE OCCIDENTE	7	$301,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,600	$900	$0	$146,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$145,600	$900	$0	$146,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$22,200	$200	$0	$22,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$22,200	$200	$0	$22,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$18,200	$200	$0	$18,400
CAJAMAG	CCF33	891,780,093	3	1	$18,200	$200	$0	$18,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$113,800	$700	$0	$114,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$113,800	$700	$0	$114,500
TOTAL				1	$299,800	$2,000	$0	$301,800

Powered by CamScanner

ACTA FINAL DEL CONTRATO No CD20243447 DEL AÑO 2024

NO. DEL CONTRATO	CD20243447 DEL AÑO 2024
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	ANABELL DEL ROSARIO PARRA LABASTIDA
NO. DE IDENTIDAD	1.221.984.530
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$4.000.000
FORMA DE PAGO	El HUJMB cancelará al CONTRATISTA 2 cuota(s), por valor de DOS MILLONES MIL PESOS M/L. ($4.000.000), de conformidad con el informe de la ejecución de las actividades contractuales realizadas, previa certificación de cumplimiento expedida por parte del Supervisor del contrato.
PLAZO DE EJECUCIÓN	PREVIA LEGALIZACION DEL CONTRATO HASTA EL 30 DE JUNIO DEL 2024.
CDP	510
REGISTRO PRESUPUESTAL	3992
FECHA DE ACTA DE INICIO	08 DE MAYO DEL 2024
FECHA DE TERMINACION CONTRATO	30 DE JUNIO DEL 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 **36541888,** obrando en calidad de **quien** actúa como supervisor del contrato **CD20243447** por otra parte **ANABELL DEL ROSARIO PARRA LABASTIDA,** identificado con la cedula de ciudadanía No. 1.221.984.530 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 junio del año **2024.**

SUPERVISOR,

AURA STELLA DAZA PEÑA.
CC: 36541888

CONTRATISTA,

ANABELL DEL ROSARIO PARRA LABASTIDA.

CC: 1.221.984.530

COPIA CONTROLADA

Powered by CamScanner