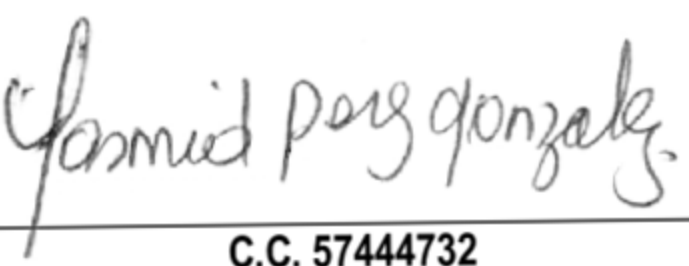


17	Verificar, realizar y gestionar el registro de eventos adversos, e incidentes y de infecciones intrahospitalarias presentados en el servicio.
18	Gestión de estudios diagnóstico, estudios especiales e interconsultas, etc.
19	Proporcionar orientación a los estudiantes y al personal de inducción
20	Gestionar oportunamente las órdenes de transfusiones indicada para cada paciente y verificación de este procedimiento
21	Gestionar la asignación de las camas del servicio y a otro servicio
22	Verificar el registro de las curaciones de las enfermeras asistenciales
23	Notificación de daño a mantenimiento, realizar ronda conjuntamente con mantenimiento.
24	Informar por escrito, diariamente a coordinación los inconvenientes presentados en cada servicio.
25	Verificar el cumplimiento de la presentación personal de enfermería
26	Recibir y entregar turno de acuerdo a la guía institucional.
27	Asignación de pacientes, consultorios al personal de auxiliar de Enfermería y enfermera asistencial antes de la ronda de Enfermería
28	Propiciar un ambiente agradable, utilizando siempre la comunicación asertiva tanto con paciente, familiar y grupo de trabajo
29	Elaboración de reporte de enfermería
30	Manejo y control de material y equipo en la atención del paciente.
31	Garantizar 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.
32	Entregar de historia clínica a facturación de paciente que tengan egresos en el orden establecidos
33	Responder 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.
34	Participar en las jornadas científicas, actividades académicas y de investigación.
35	Verificar el correcto diligenciamiento del formato de SIVIGILA
36	Diligenciar 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.
37	Realizar 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.
38	Tener comunicación las 24 horas del día para su fácil localización en casos de urgencias, para lo cual deberán certificar el número telefónico.
39	Solicitar los productos de asepsia y Supervisar la desinfección en el servicio y registrarlo en el formato correspondiente
40	Supervisar el cuidado, conservación y reposición de batas, sabanillas, sabanas, toallas, etc.
41	Prestar 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.
42	Debe cumplir con los turnos elaborados por la Unidad funcional de enfermería y realizar un informe de las actividades realizadas y el cumplimiento de las mismas.
43	Hacer uso racional de los insumos y elementos que se encuentren dentro del stock del servicio, velando por su adecuada utilización.
44	Proporcionar educación y orientación a pacientes y familiares para la conservación de la salud y tratamiento médico específico.
45	Vigilar la conservación y uso adecuado de la capacidad instala del servicio.
46	Participar 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.
47	Desarrollar las actividades definidas de acuerdo a contratación definido por partes con las agendas de turno y horas establecidas mensuales (192h)
48	Aplica los indicadores de Seguridad del Paciente y Humanización del Servicio.
49	Obrar con diligencia y el cuidado necesario en los asuntos que le asigne el supervisor del contrato.
50	Planificación y supervisión de las actividades de enfermería dentro del quirófano o puesto al que haya sido asignado
51	Respuesta oportuna a solicitudes realizadas por el Supervisor del Contrato.
52	Adherencia a protocolos, guías y procedimientos requeridos en la prestación del servicio
53	Apoyar a los estudiantes en práctica que hagan parte de la relación docencia servicio
54	Reportar a biomédicos y mantenimiento en casos que se presente algún inconveniente con los equipos e infraestructura.
55	Verificar que el paciente que egrese se le entregue ordenes médica, epicrisis, incapacidades, resumen de procedimientos, formato de patología, controles médicos formulas médicas y entre otros

56	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.		
57	Asistencia a capacitaciones, programas de formación continua, y apropiación de procesos de inducción y reinducción.		
58	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:	9467516244	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	23/05/2024	162.500
PENSIÓN:	COLFONDOS	23/05/2024	208.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	23/05/2024	32.100
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA			
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro. 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social por el valor que exige la Ley, pago del cual anexo copia simple. 3.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.			
VII. ANEXOS			
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)			
Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente			
FIRMA DEL CONTRATISTA:			
N°. IDENTIFICACIÓN:	C.C. 57444732		

	FORMATO INFORME DE SUPERVISOR	Código: GJC22F	Versión: 1
		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/01/2024	
		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/05/2024	

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y YASMID PEREZ GONZALEZ CON C.C N° 57444732							
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.	CD20242582		DE FECHA		18-04-2024		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	\$ 10.000.000			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:	\$ 2.000.000		
N° PAGO / N° DE INFORME:	2 DE 5		N° CRP:	3784	N° CDP:	510	
PLAZO DEL CONTRATO	5 MESES		FECHA DEL ACTA DE INICIO:		18-04-2024		
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9467516244		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 VERIFIQUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES DE MAYO 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° 2 (DOS) de 5 (CINCO)							
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:							
N°. IDENTIFICACIÓN:		36541888					

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 57444732		PEREZ GONZALES YASMID YANETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MZ 6 CS 18 URB EL PARQUE	SANTA MARTA-MAGDALENA	4304917	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2024-04	2024-04	657590528	9467516244	I	2024/05/09	2024/05/23	BANCOLOMBIA	\$406,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																											
EMPLEADO			NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				Total Aportes			
No.	Identificación	Nombre	Ing	ret	de	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	Ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte		Exonerado SENA e ICBF		
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																								\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$1,300,000		\$31,700		\$0	\$0		\$402,200
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		\$402,200
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		\$402,200
1	CC	57444732	PEREZ YASMID	R																231001	30	\$1,300,000	\$208,000	EPS005	30	\$1,300,000	\$162,500		0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,300,000	2.436%	\$31,700	0	\$0	\$0	No	\$402,200		
Total Afiliados (1)																								\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$1,300,000		\$31,700		\$0	\$0		\$402,200

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 57444732		PEREZ GONZALES YASMID YANETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MZ 6 CS 18 URB EL PARQUE	SANTA MARTA-MAGDALENA	4304917	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2024-04	2024-04	657590528	9467516244	I	2024/05/09	2024/05/23	BANCOLOMBIA	\$406,900

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$208,000	\$2,400	\$0	\$210,400	
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	\$208,000	\$2,400	\$0	\$210,400	
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	\$1,900	\$0	\$164,400	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$162,500	\$1,900	\$0	\$164,400	
TOTAL				1	\$402,200	\$4,700	\$0	\$406,900	

CUENTA DE COBRO

DATOS DEL CONTRATISTA				FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/05/2024	
NOMBRES Y APELLIDOS:	YASMID PEREZ GONZALEZ	CC:	57444732		
		RUT:	57444732-6		
CORREO ELECTRÓNICO:	yasmidperez@hotmail.com	TELÉFONO:	3008904363		
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Mz 5 casa 4 urbanizacion el parque	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:	0550117100079195
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	CD20242582	N° RP:	3784	N° CDP:	510
¿ADICIÓN O PRORROGA?	NO	TIEMPO PRORROGADO	NO		PLAZO - DURACIÓN: 5 MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	18-04-2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31-08-2024		VALOR ADICIONADO: NO
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.		
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:	MAYO DE 2024		
¿VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO?			\$ 2.000.000		


 YASMID PEREZ GONZALEZ
 C.C 57444732