| HJMB JULIO MÉNDEZ BARRENECHE | FORMATO INFORME DE SUPERVISOR | Código: GJC22F | Versión: 1 |
|---|---|---|---|
| | | FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/01/2024 | |

**CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y CAFINA DE JESUS OLAVARRIA DE PEREZ identificado con C.C. 36536507**

| Fecha de Diligenciamiento: | 2024-10-28 |
|---|---|

## I. DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 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° CONTRATO: | CD20242387 | RP: | 2811 | CDP: | 510 |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO: | 14.000.000,00 | VALOR DE HONORARIOS PERIODO: | | | 2.000.000,00 |
| FECHA DEL ACTA DE INICIO: | 2024-04-01 | FECHA DE FINALIZACION: | | | 2024-10-31 |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | NINA VANESSA DIAZ ACOSTA | | | | |
| UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA | | | | |

## II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CDP - ADICION: | 887 | RP - ADICION: | 5429 | VALOR CONTRATO CON ADICION: | 4.000.000,00 |

## III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

## IV. CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS

1. El contrato se encuentra debidamente legalizado: SI
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: SI
3. Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en su respectiva carpeta contractual: SI
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: SI

Teniendo en cuenta lo anterior, en mi calidad de supervisor doy visto bueno para el respectivo pago correspondiente al periodo del mes de Octubre

## V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

NINA VANESSA DIAZ ACOSTA
36727527
UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA



Powered by CamScanner

CAFINA DE JESUS OLAVARRIA DE PEREZ
36536507
MANZANA J CASA 10 VILLAS DE ALEJANDRIA
3014262951
INA_OLAME@HOTMAIL.COM

# CUENTA DE COBRO

## DATOS PERSONALES

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Diligenciamiento:** | **2024-10-28** | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS: | CAFINA DE JESUS OLAVARRIA DE PEREZ | | |
| DOCUMENTO: | 36536507 | | |
| DIRECCIÓN: | MANZANA J CASA 10 VILLAS DE ALEJA | TELÉFONO: | 3014262951 |
| CORREO ELECTRONICO: | INA_OLAME@HOTMAIL.COM | | |

**Manifiesto bajo la gravedad del juramento que en la declaración de renta del año gravable 2024 no tomaré costos y deducciones**

## DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N° CONTRATO: | CD20242387 | | | | | | |
| 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. | | | | | | |
| RP: | 2811 | CDP: | 510 | FECHA INICIO: | 2024-04-01 | FECHA FINAL: | 2024-10-31 |
| VALOR CONTRATO: | 14.000.000,00 | | | VALOR A PAGAR: | 2.000.000,00 | | |
| BANCO A CONSIGNAR: | BANCO DAVIVIENDA | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | No. CUENTA: | 117100078866 |
| CDP - ADICION: | 887 | RP - ADICION: | 5429 | VALOR ADICION: | 4.000.000,00 | | |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **Octubre** | | | | | | |

## FIRMA

CAFINA DE JESUS OLAVARRIA DE PEREZ
C.C. 36536507 expedida en SANTA MARTA

Powered by CamScanner

| | FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO | CODIGO: GJC23F<br>VERSION: 003<br>FECHA DE ULTIMA REVISION 22/08/2024<br>PAGINA 1 de 1 |
|---|---|---|

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

**CAFINA DE JESUS OLAVARRIA DE PEREZ**

**CON C.C N° 36.536.507**

## 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. | CD20242387 | DE FECHA INICIO | 1/4/2024 |

## II. 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)

| ITEM | |
|---|---|
| 1 | Recibir y entregar turno de acuerdo a la guia |
| 2 | Proporcionar atencion de enfermeria a pacientes de consulta externa, hospitalizados segun las necesidades fisicas, fisiologicas, psicológicas y sociales (toma de signos vitales, baño en cama, asistir en la alimentacion, 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, nebulizar, pisingos, patos cada vez que sea necesario). |
| 3 | Asistir al paciente en la alimentacion enteral y parenteral. |
| 4 | Informar al enfermero de turno y a la profesional especializada de seguridad del paciente los incidentes, eventos adversos presentados en el servicio. |
| 5 | Informe de las fallas de material y equipos de servicios |
| 6 | Realizar las respectivas solicitudes y devoluciones a farmacia de insumos o medicamentos de los pacientes que ingresan y egresan bajo la supervision de la enfermera. |
| 7 | Recibir y entregar a los pacientes a los diferentes servicios con la lista de chequeo correspondiente |
| 8 | Observacion y reporte de signos de alarma presentados por sus pacientes |
| 9 | Informar a la profesional especializada de seguridad del paciente los incidentes, eventos adversos y participar en reuniones para estudio de estos y todos los que deriven de la atencion del paciente |
| 10 | Proporcionar orientación al paciente y familiar |
| 11 | Atender a los pacientes con trato humanizado en el turno y / o área a asignada de la E.S.E |
| 12 | Realizar aseguio general semanal y diaria cuando egrese el paciente, registrar en el formato correspondiente |
| 13 | Clasificar, ordenar y controlar las lencerias de los servicios a efectos de reposición de ropas y de vestuario, relacionandose con los servicios de lavanderia. |
| 14 | Realizar una adecuada segregacion de los elementos de protaccion personal, residuos hospitalarios que se generen de la atencion de los pacientes, de cualquier otro procedimiento y manejo de ropa sucia. |
| 15 | Recibir, registrar oportunamente los elementos de protaccion personal y cumplir con el correcto uso de estos |
| 16 | Hacer los usos correctos de administracion de medicamentos |
| 17 | Arreglo del cadaver y entregarle al familiar todas las pertenencias del paciente fallecido |
| 18 | Informar a la enfermera y medico de la fuga del paciente |
| 19 | Revisar el funcionamiento de los equipos y elementos que se encuentran en la ambulancia y otros servicios: pulsoximetro, aspirador, tensiómetro, el desfibrilador, etc. |
| 20 | Ayudar al medico en las maniobras de "soporte vital básico" (SVB) y "soporte vital avanzado" (SVA) que se aplique al enfermo critico. |
| 21 | Llevar el registro de verificacion de los pacientes que van para procedimientos quirurgicos (lista de chequeos). |
| 22 | Verificar que esta diligenciado el consentimiento para transfusiones sanguineas, autorizacion de procedimientos quirurgicos y de anestesia, declaracion de retiro voluntario esten diligenciados. |
| 23 | Controlar las entradas y salidas de historias clinicas de su consultorio (prestacion de historias clnicas). |
| 24 | Surtir a los consultorios de materiales, equipos, etc. |
| 25 | Recibir al paciente y la programacion de cirugia ambulatoria, verificar que no tenga accesorios, no uñas pintadas, no caballos mojados, si paciente esta afectado en la zona de insercion, verificar los documentos de este, que esten completos y actualizados, hacer las notas de enfermeria, verificar la autorización para la cirugia, Admisionar, y trasladar al piso correspondiente |
| 26 | Al recibir al paciente procedente de cirugia u otros servicios, verificar que la historia clinica esten todos los registros medicos y de enfermeria estan llano. |
| 27 | Recoger las facturas de los pacientes y verificar que estos aparezca en el sistema. |
| 28 | Garantizar la presencia oportuna, cuando se requiera hacer los procedimientos y labores propias del auxiliar de enfermeria en cualquier servicio de la E.S.E |
| 29 | Responder por las daños y perjuicios en salud que se le generen a un usuario por su negligencia, omisión, descuido, olvido exceso o cualquier otra accion imputable a su culpa |
| 30 | Tener comunicacion las 24 horas del dia para su facil localización en casos de urgencias, para lo cual deberan certificar el numero telefonico. |
| 31 | La suspension, cancelacion y atrasos en la prestacion de los servicios por incumplimiento en los turnos asignados sin justificacion que ocasionen trastornos y o alteraciones en la oportunidad de la prestacion del servicio, seran objeto de glosas de la orden que se genere, el incumplimiento a un turno nocturno no tiene derecho al descanso. |
| 32 | El valor mensual facturado dependerá de las actividades contratadas y cumplidas por parte del contratista y verificados por el supervisor del contrato |
| 33 | Reportar inmediatamente cualquier incapacidad a la profesional especializada de la unidad de enfermeria |
| 34 | Desarrollar las actividades definidas de acuerdo a contratacion definido por partes con las agendas de turno y horas establecidas mensuales (192h) |
| 35 | Asistencia a capacitaciones, programas de formación continua, y apropiacion de procesos de induccion y reinduccion. |
| 36 | Garantizar que la prestacion de servicio objeto del contrato cumplan estrictamente con las caracteristicas 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 Mendez Barreneche. Adicionalmente la garantia de los servicios ofrecidos debe permitir que estos mantengan su calidad e idoneidad. |
| 37 | Realizar todas y cada una de las actividades que asigne el supervisor del contrato y las demas que determine el Gerente, y que se deriven de las necesidades de la E.S.E. |

## III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | 4568669073 | OPERADOR: | SOI |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | SANITAS | 22/10/2024 | $ 162.500 |
| PENSIÓN: | N/A | N/A | N/A |
| RIESGOS LABORALES: | POSITIVA | 22/10/2024 | $ 31.700 |

## IV.DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

Powered by CamScanner

1.- Que desarrolle 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

| V. ANEXOS<br>(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: | [signature] |
| NO. IDENTIFICACIÓN: | 26.536.507 38836507 |

Powered by CamScanner

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI Bancoomeva

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | [illegible] |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL | | | CAFINA DE JESUS OLAVARRIA DE PEREZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO | SANTA MARTA | DEPARTAMENTO | MAGDALENA |
| DIRECCIÓN | MANZANA J CASA 10 URBANIZACIÓN VILLAS DE | TELÉFONO | [illegible] |
| TIPO APORTANTE | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE | INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONÓMICA | Comercio al por mayor de computadores, equipo periférico [illegible] |
| FORMA DE PRESENTACIÓN | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) | | | NO |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | |
|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA | [illegible] | TIPO DE PLANILLA | [illegible] |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES septiembre AÑO 2024 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD | MES [illegible] AÑO 2024 |
| DÍAS DE MORA | [illegible] | NÚMERO AUTORIZACIÓN | [illegible] |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd) | [illegible] | | |

TOTAL APORTES A SALUD

| CÓDIGO | NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD – NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD – VALOR | LICENCIA MATERNIDAD – NÚMERO AUTORIZACIÓN | LICENCIA MATERNIDAD – VALOR | SALDO A FAVOR – PLANILLA | SALDO A FAVOR – VALOR | LIQUIDACIÓN – COTIZACIÓN | LIQUIDACIÓN – VALOR APORTE | MORA – COTIZACIÓN | MORA – VALOR APORTE | TOTALES – APORTES | TOTALES – MORA | TOTALES – DESCUENTO | TOTALES – VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | [illegible] | $ 0 | [illegible] | $ 0 | [illegible] | [illegible] | $ 0 | [illegible] |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | [illegible] | [illegible] | $ 0 | [illegible] |

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| CÓDIGO | NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD RP – NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD RP – VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | SALDO A FAVOR – PLANILLA | SALDO A FAVOR – VALOR | LIQUIDACIÓN – COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | $ 0 | [illegible] |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | [illegible] | [illegible] | $ 0 | [illegible] |

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | NOVEDADES (ING, RET, TDE, TAE, TDP, TAP, COR, VSP, VST, SLN, COM, IGE, LMA, VAC, AVP, VCT, IRP) | PENSIÓN – ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP – SUBSISTENCIA | FSP – SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS – EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS – EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | SALUD – ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR UPC | TOTAL APORTE | ARP – ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | CCF / OTROS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CC [illegible] | OLAVARRIA DE PEREZ CAFINA DE JESUS | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | NO CUMP PENS | $ 1.300.000 | | | NO | | | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | | | EPS005-SANITAS S.A. | [illegible] | [illegible] | [illegible] | $ 0 | [illegible] | 14-23-POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |

**TOTAL** $ 197.100

Planilla Pagada

porvenir

**LA SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S A**

**INFORMA:**

Que en esta Sociedad Administradora se le realizó Devolución de Saldos por SOLICITUD POR DEVOLUCIÓN DE SALDOS VEJEZ NORMAL a(a) Señor(a) CAFINA DE JESUS OLAVARRIA DE PEREZ, identificado(a) con Documento No. 38,536,507, por las siguientes sumas

| Fecha | Descripción | Valor |
|---|---|---|
| Dic 20 19 | DEVOLUCION_SALDOS | $168.351 00 |
| Ago 22 19 | DEVOLUCION SALDOS | $[illegible] 705 00 |

Así las cosas el(la) Señor(a) CAFINA DE JESUS OLAVARRIA DE PEREZ, no se encuentra pensionado(a) por Vejez, Invalidez o Sobrevivencia en esta Sociedad Administradora

Se expide la presente certificación a solicitud del(a) interesado(a), a los 02 días del mes de Marzo de 2020

Cordialmente

[illegible]

Representante de Clientes y Operaciones



Escaneado con CamScanner

Powered by CamScanner

| | | |
|---|---|---|
| HJMB JULIO MÉNDEZ BARRENECHE | **ACTA FINAL** | CÓDIGO: GJC26F<br>VERSIÓN: 01<br>FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024<br>Página 1 de 1 |

## ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20242387 DEL 2024

| | |
|---|---|
| NO. DEL CONTRATO | CD20242387 DE 2024 |
| NOMBRE DEL CONTRATANTE | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA | CAFINA DE JESUS OLAVARRIA DE PEREZ |
| NO. DE IDENTIDAD | 36,536,507 |
| 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 | CATORCE MILLONES DE PESOS ($14.000.000) |
| FORMA DE PAGO | 7 cuotas por valor de DOS MILLONES DE PESOS M/L. ($2,000.000), 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 31 de OCTUBRE de 2024. |
| CDP | 510 |
| CDP ADICION | 887 |
| REGISTRO PRESUPUESTAL | 2811 |
| REGISTRO PRESUPUESTAL ADICION | 5429 |
| FECHA DE ACTA DE INICIO | 01/04/2024 |
| FECHA DE TERMINACION CONTRATO | 31/10/2024 |
| SUPERVISOR DEL CONTRATO | UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA |

Entre los suscritos, **NINA VANESSA DIAZ ACOSTA**, mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **CC. 36.727.527,** expedida en Santa Marta, obrando en calidad de Subgerente cientifica, quien actúa como supervisor del contrato CD20242387, por otra parte, *CAFINA DE JESUS OLAVARRIA DE PEREZ*, identificado con la cedula de ciudadanía No. **36,536,507** 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 **OCTUBRE** del año **2024**.

SUPERVISOR (E),

**NINA VANESSA DIAZ ACOSTA**
**CC36.727.527**

CONTRATISTA,

*CAFINA DE JESUS OLAVARRIA DE PEREZ*
**CC. 36.536.507**

COPIA CONTROLADA

Powered by CamScanner