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:	**2024-08-28**		
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:	2024-08-31
VALOR CONTRATO:	10.000.000,00			VALOR A PAGAR:	2.000.000,00		
BANCO A CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA			TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	117100078866
CDP - ADICION:	0	RP - ADICION:	0	VALOR CONTRATO CON ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Agosto**						

FIRMA

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

Powered by CamScanner

HJMB JULIO MENDEZ 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:	2024-08-28

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:	10.000.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	2.000.000,00		
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2024-04-01	FECHA DE FINALIZACION:	2024-08-31		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	AURA STELLA DAZA PEÑA				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

CDP - ADICION:	0	RP - ADICION:	0	VALOR CONTRATO CON ADICION:	0,00

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 Agosto

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

AURA STELLA DAZA PEÑA
36541888
UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA

Powered by CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN	CEDULA DE CIUDADANIA	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	[illegible]
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL			CAFINA DE JESUS OLAVARRIA DE PEREZ
CIUDAD/MUNICIPIO	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO	MAGDALENA
DIRECCIÓN	MANZANA J CASA 10 URBANIZACION VILLAS DE	TELÉFONO	[illegible]
TIPO APORTANTE	57-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA	[illegible]
FORMA DE PRESENTACIÓN	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA		4361494545	TIPO DE PLANILLA		[illegible]
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES [illegible]	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	[illegible]	[illegible]
DIAS DE MORA		[illegible]			
FECHA PAGO		[illegible]	NUMERO AUTORIZACIÓN		[illegible]

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD – NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD – VALOR	LICENCIA MATERNIDAD – NUMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD – VALOR	SALDO A FAVOR – PLANILLA	SALDO A FAVOR – VALOR	LIQUIDACIÓN – COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN – VALOR ADRES	MORA – COTIZACIÓN	MORA – VALOR ADRES	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 ARP – NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD ARP – VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR – PLANILLA	SALDO A FAVOR – VALOR	LIQUIDACIÓN – COTIZACIÓN	TOTALES – APORTES	TOTALES – MORA	TOTALES – DESCUENTO	TOTALES – VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA 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	REFORMA TRIBUTARIA	PENSIÓN	SALUD – ADMIN.	SALUD – IBC	SALUD – COTIZACIÓN	SALUD – TOTAL APORTE	ARP – ADMIN.	ARP – IBC	ARP – CENTRO DE TRABAJO	ARP – TOTAL APORTE	PARAFISCALES
1	CC [illegible]	OLAVARRIA DE PEREZ CAFINA DE JESUS	INDEPENDIENTE CON CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	NO COMP PENS	$ 1.300.000	NO	$ 0	EPS005-SANITAS S.A.	1.300.000	[illegible]	[illegible]	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1.300.000	[illegible]	[illegible]	$ 0

TOTAL $ 195.800

Planilla Pagada
Planilla Pagada
Powered by CamScanner

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA	**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO**	CODIGO: GJC23F VERSION: 003 FECHA DE ULTIMA REVISION: 22/08/2024 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 Nº 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**	**31/3/2024**

ITEM	II. 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	Recibir y entregar turno de acuerdo a la guía.
2	Proporcionar atención de enfermería a pacientes de consulta externa, hospitalizados según las necesidades físicas, fisiológicas, psicológicas y sociales. (toma de signos vitales, baño en cama, asistir en la alimentación, toma de glucometría, cambios de posición, arreglo de la unidad, toma de muestra de laboratorio, realizar venopunción y verificar signos de flebitis, instalar y retirar infusiones de líquidos, asepsia a los implementos de trabajo como aspirador, riñoneras, pisingos, patos cada vez que sea necesario).
3	Asistir al paciente en la alimentación 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 ingresen y egresen bajo la supervisión de la enfermera.
7	Recibir y entregar a los pacientes a los diferentes servicios con la lista de chequeo correspondiente
8	Observación 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 atención 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 asepsia general semanal y diaria cuando egrese el paciente, registrar en el formato correspondiente.
13	Clasificar, ordenar y controlar las lencerías de los servicios a efectos de reposición de ropas y de vestuario, relacionándose con los servicios de lavandería.
14	Realizar 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.
15	Recibir, registrar oportunamente los elementos de protección personal y cumplir con el correcto uso de estos
16	Hacer los usos correctos de administración de medicamentos
17	Arreglo del cadáver y entregarle al familiar todas las pertenencias del paciente fallecido
18	Informar a la enfermera y médico de la fuga del paciente
19	Revisar el funcionamiento de los equipos y elementos que se encuentran en la ambulancia y otros servicios: pulsoxímetro, aspirador, tensiómetro, el desfibrilador, etc.
20	Ayudar al médico en las maniobras de "soporte vital básico" (SVB) y "soporte vital avanzado" (SVA) que se aplique al enfermo crítico.
21	Llevar el registro de verificación de los pacientes que van para procedimientos quirúrgicos (lista de chequeos).
22	Verificar que este diligenciado el consentimiento para transfusiones sanguíneas, autorización de procedimientos quirúrgicos y de anestesia, declaración de retiro voluntario estén diligenciados.
23	Controlar las entradas y salidas de historias clínicas de su consultorio (prestación de historias clínicas).
24	Surtir a los consultorios de materiales, equipos, etc.
25	Recibir al paciente y la programación de cirugía ambulatoria, verificar que no tenga accesorios, no uñas pintadas, no cabellos mojados, el paciente este afectado en la zona de inserción, verificar los documentos de este, que estén completos y actualizados, hacer las notas de enfermería, verificar la autorización para la cirugía, Admisionar, y trasladar al piso correspondiente
26	Al recibir el paciente procedente de cirugía u otros servicios, verificar que la historia clínica estén todos los registros médicos y de enfermería estén lleno.
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 enfermería 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 acción imputable a su culpa
30	Tener comunicación las 24 horas del día para su fácil localización en casos de urgencias, para lo cual deberán certificar el número telefónico.
31	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, 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 enfermería
34	Desarrollar las actividades definidas de acuerdo a contratación definido por partes con las agendas de turno y horas establecidas mensuales (192h)
35	Asistencia a capacitaciones, programas de formación continua, y apropiación de procesos de inducción y reinducción.
36	Garantizar 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.
37	Realizar todas y cada una de las actividades que asigne el supervisor del contrato y las demás 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:	**4561494545**	**OPERADOR:**	**SOI**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SANITAS**	**12/8/2024**	**$ 162.500**
PENSIÓN:	**N/A**	**N/A**	**N/A**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**12/8/2024**	**$ 31.700**

IV.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.

V. 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:	
Nº. IDENTIFICACIÓN:	36536507