HJMB E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO 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 SIRLY YOJANA JIMENEZ FONTALVO identificado con C.C. 57290321

Fecha de Diligenciamiento:	2024-10-29

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:	CD20242566	RP:	3683	CDP:	510
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	14.000.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:		2.000.000,00	
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2024-04-13	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:	1060	RP - ADICION:	5583	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

SIRLY YOJANA JIMENEZ FONTALVO
57290321
CALLE 9 C Nª 59 B 18 LOS FUNDADORES
6054304066
SHIRLYJIMENEZF@HOTMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2024-10-29**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	SIRLY YOJANA JIMENEZ FONTALVO		
DOCUMENTO:	57290321		
DIRECCIÓN:	CALLE 9 C Nª 59 B 18 LOS FUNDADOR	TELÉFONO:	6054304066
CORREO ELECTRONICO:	SHIRLYJIMENEZF@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:	CD20242566						
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:	3683	CDP:	510	FECHA INICIO:	2024-04-13	FECHA FINAL:	2024-10-31
VALOR CONTRATO:	14.000.000,00			VALOR A PAGAR:	2.000.000,00		
BANCO A CONSIGNAR:	FALABELA			TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	114060278692
CDP - ADICION:	1060	RP - ADICION:	5583	VALOR ADICION:	4.000.000,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Octubre**						

FIRMA

Shirly Jimenez F

SIRLY YOJANA JIMENEZ FONTALVO
C.C. 57290321 expedida en SANTA MARTA

HJMB JULIO MENDEZ BARRENECHE	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

SIRLY YOJANA JIMENEZ FONTALVO

CON C.C N° 57290321

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20242566	DE FECHA INICIO	17/1/2024

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 especificas del objeto del contrato)
1	Recibí y entregué turnos acorde a la guía
2	Atendí pacientes asignados en el area de hospitalización segun las necesidades fisicas, fisiológicas, psicológicas y sociales(toma de signos vitales, baño en cama, asistencia en la alimentación, toma de glucometrias, cambios de posición, arreglo de la unidad, toma de muestras de laboratorios, realicé verificación, verifiqué signos de flebitis, instalé y retiré infusiones de líquidos, asepsia e implementos de trabajo como aspirador, oxímetros, pulsioximetro, cinta métrica) que fueron necesarios
3	Asistí al paciente en la alimentación enteral y parenteral.
4	Informé a la enfermera (o) de turno la seguridad del paciente de los incidentes y eventos adversos presentados en el servicio
5	Informé de las fallas de material y equipos del servicio.
6	Realizé las respectivas solicitudes y devoluciones a farmacia de insumos o medicamentos de los pacientes que ingresaron y egresaron bajo la supervisión de la Enfermera(o)
7	Recibí y entregue a los pacientes a los diferentes servicios con la lista de chequeo correspondiente
8	Asistí a las rondas medicas y durante los procedimientos de estos.
9	Apoye a la enfermera (o) en los procedimientos (curaciones, colocación y retiro de sondas vesicales, sonda nasogastrica, electrocardiograma y otros procedimientos) y en marcar los signos en la hoja de evolución correspondiente
10	Realicé durante el turno, seguimiento diario y registré todas las actividades y evoluciones del paciente en la historia clinica (notas de Enfermeria), en los tiempos reglamentarios.
11	Observe y reporte los signos de alarma presentados por pacientes
12	Informé a la profesional Especializada de seguridad del paciente los incidentes y eventos adversos participé en reuniones para estudio de estos y todos los que durante la atención del paciente.
13	Proporcione orientación al paciente y familiar.
14	Atendí a los pacientes con trato humanizado en el turno y/o area asignada de la E.S.E.
15	Realice asepsia general semanal y diaria al egreso del paciente , registrado en el formato correspondiente
16	clasifique, ordene y registre las lenceria del servicio a efectos de reposición de ropas y vestuarios relacionados al servicio de lavanderia.
17	Realicé una adecuada segregación de los elementos de protección personal, residuos hospitalarios que se generaron en la atención d epacientes.
18	Recibí y registre oportunamente los elementos de protección personal y le di uso correcto a estos.
19	Le di uso correcto a la administración de medicamentos.
20	Me adhiri a protocolos, guías y procedimientos requeridos en la prestación del servicio.
21	Consulte a los usuarios a los distintos servicios y a otras instituciones de salud
22	Cuando fue necesario arreglé el cadáver y le entregue al familiar todas las pertenencias del paciente fallecido.
23	Informe a la enfermera(o) , médico de turno la fuga de pacientes.
24	Realicé seguimiento a la administración de los medicamentos por la enfermera(o) (farmacovigilancia).
25	Realicé proceso de esterilización del instrumental, insumos y dispositivos médicos, comprobé el correcto empaquetamiento de este y cumplí con los registros específicos.
26	Preparé los paquetes de material(confección de apósitos de gasa, toundas y otro material), coloque los controles quimicos y biológicos necesarios, colocando la fecha de emvasado y cerre los sobres de material.
27	Clasifique el material de esterilización y comprobe el correcto empaquetamiento introduje los diferentes paquetes segun caracteristicas. Colaboré en la puesta en marcha de los aparatos cumpliendo los requisitos especificos.
28	Proporcioné desde la zona intermedia todo el material necesario para la intervención (hojas de bisturies, apositos ...) y mantuve la zona respuesta limpia y ordenada.
29	Trasladé al paciente a quirófano y realicé el monitoreo completo (pulsioximetro, tensiometro, electrodos, placa de bisturi) para iniciar el procedimiento quirurgico.
30	Asegurè el correcto etiquetado de las muestras biológicas obtenidas durante la intervención y el envio a los laboratorios correspondientes (Apatologia patológica, Microbiologia, etc..).
31	Revisé el funcionamiento de los equipos y elementos que se encuentran en la ambulancia y otros servicios: pulsioximetro, aspirador, tensiometro, desfibrilador, etc.
32	Ayudé al médico en las maniobras de "soporte vital básico"(SVB) y "soporte vital avanzado"(SVA) que se aplicó al enfermo critico.
33	Movilicé o inmovilicé al paciente con seguridad y rápidez en problemas traumatológicos y psiquiatricos, etc ..
34	Al realizar traslado del paciente a otro servicio por medio de ambulancia. Antes; Recibí las ordenes del servicio, se le informo a los familiares que le van a realizar un procedimiento y deben estar listos media hora antes, se verifico el nombre del paciente, numero de cama asignada, el estado del paciente, para ver si se podia transportar en silla de rueda o en camilla, verificando el acompañamiento del familiar, y mirar las condiciones de las venas y si estan permeables y con anglocath N° 18 y reciente
35	Preparé al paciente para procedimientos quirurgicos, medicos diagnósticos como TAC, ecografias, estudios especializados).
36	Realicé registro de verificación de los pacientes que fueron sometidos a procedimientos quirurgicos (lista de chequeos).
37	Verifiqué el diligenciamiento del consentimiento en las transfusiones sanguineas, autorización de procedimientos quirurgicos y de anestesia, ademas la declaración de retiro voluntario, que estuvieran bien diligenciados.
38	Llene el formato de transfusión sanguinea antes, durante y despues de la transfusión.
39	Preparé el equipo y paciente antes, durante y despues de la atención del parto
40	Atendí al recien nacido,
41	Prepare el equipo y a la paciente para el monitoreo fetal,
42	Actualicé el kardex y tarjetas de medicamento si la Enfermera(o) no se encontraba o estaba ocupada.
43	Controlé la entrada y salida de historias clinicas del consultorio(prestación d ehistorias clinicas)
44	Surti los consultorios de materiales, equipos, etc ..
45	enfermeria, se verifico la autorización para la cirugia, se atrimonó y se trasladó al piso correspondiente.
46	Al recibir al paciente procedente de cirugia u otros servicios se verificó en la historia clinica están los registros médicos y de enfermeria lleno
47	Recogí las facturas de los pacientes y verifique que estos aparezcan en el sistema
48	Bajo la resolución 1995 de 1999 y 839 de 2014 cumplí con el diligenciamiento de los RIPS, formato de seguimiento, evolución, facturación y registros propios de la ESE.
49	Le di uso adecuado y racional a los elementos, recursos y demás medios institucionales.
50	Garantizé la presencia oportuna, cuando se requirio hacer procedimientos y labores propias de auxiliar de enfermeria en cualquier servicio de la ESE
51	Respondí por los daños y perjuicios en salud que se generaron a un usuario por negligencia, omisión, descuido, olvido, exceso o cualquier otra acción imputable por mis culpa.
52	Permanecí alerta a comunicación las 24 horas del dia para una fácil localización en caso de urgencias, para lo cual notifique el número telefónico.
53	Un turno nocturno no tiene derecho al descanso.
54	El valor mensual facturado dependerá de las actividades contratadas y cumplidas (por mi parte contratista) y verificadas por el supervisor asignado al contrato.
55	Reporté inmediatamente cualquier incapacidad a la profesional especializada de la unidad de Enfermeria.
56	Desarrolle las actividades ofrecidas en el contrato por cumplir durante toda la agenda de turnos y horas establecidas (192 horas).

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	4564373218	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	EPS SANITA	7/SEPT./2024	162.500
PENSIÓN:	PORVENIR	7/SEPT./2024	208.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	7/SEPT./2024	31.700

IV. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

V. ANEXOS

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soportan las actividades realizadas en el periodo correspondiente

FIRMA DEL CONTRATISTA:	Sirly Jimenez S
N°. IDENTIFICACION:	57290321

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI | Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN	CÉDULA DE CIUDADANIA	NUMERO DE IDENTIFICACION	$7290321
NOMBRE Ó RAZON SOCIAL			SIRLY YOJANA JIMENEZ FONTALVO
CIUDAD MUNICIPIO	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO	MAGDALENA
DIRECCIÓN	SANTA MARTA	TELÉFONO	4000000
TIPO APORTANTE	03-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	I NDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA	Comercio al por mayor de computadores, equipos per
FORMA DE PRESENTACIÓN	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA							
NUMERO PLANILLA			4568666597	TIPO DE PLANILLA			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	septiembre	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES	septiembre	AÑO 2024
DÍAS DE MORA			3				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)			2024/10/07	NUMERO AUTORIZACIÓN			9999254422

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
23301	PORVENIR	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 500	$ 0	$ 208.000	$ 500	$ 208.500
SUBTOTALES										$ 208.000	$ 500	$ 208.500

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	SANITAS S.A	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 400	$ 0	$ 162.500	$ 400	$ 0	$ 162.900
SUBTOTALES													$ 162.500	$ 400	$ 0	$ 162.900

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO 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

Planilla Pagada

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES						
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	(EX) CAMBIARIO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	IGE	PRT	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN								SALUD						ARP					CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDUC	
																											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	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	$ 1.300.000				NO																		23301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Norma	$ 208.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000	$ 7290321	$ 31.700	30	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 403.200

E.S.E. Hospital Universitario JULIO MENDEZ BARRENECHE	ACTA FINAL	CÓDIGO: GJC26F VERSIÓN: 01 FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024 Página 1 de 1

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20242566 DEL 2024

NO. DEL CONTRATO	**CD20242566 DE 2024**
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**SIRLI YOJANA JIMENEZ FONTALVO**
NO. DE IDENTIDAD	**57290321**
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA 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	1060
REGISTRO PRESUPUESTAL	3683
REGISTRO PRESUPUESTAL ADICION	5583
FECHA DE ACTA DE INICIO	**13** DE ABRIL DE 2024
FECHA DE TERMINACION CONTRATO	31 DE OCTUBRE DE 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 Sugerente científica, quien actúa como supervisor del contrato **CD20242566 DE 2024,** por otra parte, **SIRLY YOJANA JIMENEZ FONTALVO**, identificado con la cédula de ciudadanía No. **57290321** 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,

NINA VANESSA DIAZ ACOSTA
CC36.727.527

CONTRATISTA,

SIRLY YOJANA JIMENEZ FONTALVO
CC. 57290321