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 YESSICA PAOLA ROSENTHIL ROJAS identificado con C.C. 1082995194

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:	CD20242592	RP:	2987	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:	1046	RP - ADICION:	5597	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

Escaneado con CamScanner

YESSICA PAOLA ROSENTHIL ROJAS
1082995194
CALLE 6 NO. 16 D 68 BETANIA
000000
YESSICA_PRR@HOTMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2024-10-28**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	YESSICA PAOLA ROSENTHIL ROJAS		
DOCUMENTO:	1082995194		
DIRECCIÓN:	CALLE 6 NO. 16 D 68 BETANIA	TELÉFONO:	000000
CORREO ELECTRONICO:	YESSICA_PRR@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:	CD20242592						
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:	2987	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:	BANCOLOMBIA			TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	51649930345
CDP - ADICION:	1046	RP - ADICION:	5597	VALOR ADICION:	4.000.000,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Octubre**						

FIRMA

Yessica R.

YESSICA PAOLA ROSENTHIL ROJAS
C.C. 1082995194 expedida en SANTA MARTA

Escaneado con CamScanner

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ 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			
YESSICA PAOLA ROSENTHIL ROJAS			
CON C.C Nº 1082995194			
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20242592**	**DE FECHA INICIO**	1/04/2024

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	Recibi y entregue turno de acuerdo a la guia.
2	Proporcione atención de enfermeria a pacientes de consulta externa, hospitalizados según las necesidades fisicas, fisiológicas, psicológicas y sociales (toma de signos vitales, baño en cama, asisti en la alimentación, toma de glucometria, cambios de posición, arreglo de la unidad, toma de muestra de laboratorio, realice venopunción y verifique signos de flebitis, instale y retire infusiones de liquidos, realice asepsia a los implementos de trabajo como aspirador, riñoneras, pisingo, patos cada vez que sea necesario).
3	Asisti al paciente en la alimentación enteral y parenteral.
4	Informe 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	Realice mis respectivas solicitudes y devoluciones a farmacia de insumos o medicamentos de los pacientes que ingresen y egresen bajo la supervisión de la enfermera.
7	Recibi y entregue a los pacientes a los diferentes servicios con la lista de chequeo correspondiente.
8	Observe y reporte los signos de alarma presentados por los pacientes.
9	Clasifique, ordene y controle las lencerias de los servicios a efectos de reposición de ropas y de vestuario, relacionándose con los servicios de lavanderia.
10	Realice una adecuada segregación de los elementos de protección personal, residuos hospitalarios que se generan en la atención de los pacientes, de cualquier otro procedimiento y manejo de ropa sucia.
11	Recibi, registre oportunamente los elementos de protección personal y cumpli con el correcto uso de estos.
12	Tuve adherencia a protocolos, guias y procedimientos requeridos en la prestación del servicio.
13	Prepare los paquetes de material (confección de ápositos de gasa, torundas y otro material), coloqué los controles quimicos y biológicos necesarios, coloque las fechas de empacad, cerré sobres de material.
14	Clasifique el material de esterilización, comprobé el correcto empaquetamiento, introduci los diferentes paquetes según caracteristicas, colaboré en la puesta en marcha de los aparatos, cumpli con los registros especificos.
15	Proporcione desde la zona intermedia todo el material necesario para la intervención (hojas, bisturies, ápositos) y mantuve la zona de respuesta, limpia y ordenada
16	Al realizar el traslado de un paciente a otro servicio o por medio de la ambulancia, antes: de recibir órdenes del servicio, informé a los familiares que se le va a realizar el procedimiento y aliste media hora antes al paciente, verifique que el nombre del paciente, y número de cama asignada, verifique el estado del paciente, para ver si se puede transportar en silla de rueda o en camilla, verifiqué el acompañamiento del familiar, miré las condiciones de las venas, si estan permeables y con agiocath No. 18 reciente.
17	Controle las entradas y salidas de historias clinicas de su consultorio (prestación historias clinicas)
18	Surti a los consultorios de materiales, equipos, etc
19	Recogi las facturas de los pacientes y verifique que estos aparezcan en el sistema
20	Use adecuadamente y racional de elementos, recursos y demás medios institucionales
21	Garantice la presencia oportuna, cuando se requiere hacer los procedimientos y labores propias del auxiliar de enfermeria en cualquier servicio de la E.S.E
22	Respondi por los daños y perjuicios en salud que se le genero a un usuario por su negligencia, omisión, descuido, olvido, exceso o cualquier otra acción imputable a su culpa.
23	Tuve comunicacion las 24 horas del dia para su facil localizacion en casos de urgencias, para lo cual deberán certificar el número telefónico
24	La suspencion, cancelación y atrasos en la prestación de los servicios por incumplimiento en los turnos asignados sin justificación que ocasionen transtornos o alteraciones en la oportunidad de la prestación del servicio, seran objeto de glosas de la orden que se genere, el incumplimiento a un turno nocturno no tiene derecho al descanso.
25	El valor mensual facturado dependera de las actividades contratadas y cumplidas por parte del contratista y verificados por el supervisor del contrato
26	Reporte inmediatamente cualquier incapacidad a la profesional especializada de la unidad de enfermeria
27	Desarrolle las actividades definidas de acuerso a contratación definido por partes con las agendas de turno y horas establecidas mensuales (192H)
28	Asisti a capacitaciones, programas de formación continua y apropiación de procesos de inducción y reinducción
29	Garantice la prestacion de servicio objeto del contrato cumpli 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 Méndez Barreneche. Adicionalmente la garantia delos servicios ofrecidos debe permitir que estos mantegan su calidad e idoneidad
30	Realice todas y cada una de las actividades que asigno 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:	**9474869735**	**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SANITAS**	**7/10/2024**	**162.500**
PENSIÓN:	**PORVENIR**	**7/10/2024**	**208.000**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**7/10/2024**	**31.700**

IV.DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé 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
(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:	Yessica Rosenthil Rojas
Nº. IDENTIFICACIÓN:	**1.082.995.194**

Escaneado con 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 1082995194		ROSENTHIL ROJAS YESSICA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 8 # 9 49	SANTA MARTA-MAGDALENA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2024-09	2024-09	962353795	9474869735	I	2024/10/23	2024/10/07	NEQUI	0	$402,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
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
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
1	CC	1082995194 ROSENTHIL YESSICA	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,300,000	$31,700		$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0

Escaneado con 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 1082995194		ROSENTHIL ROJAS YESSICA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 8 # 9 49	SANTA MARTA-MAGDALENA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	962353295	9474869735	I	2024/10/23	2024/10/07	NEQUI	0	$402,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$0	$0	$31,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$31,700	$0	$0	$31,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$402,200	$0	$0	$402,200

Escaneado con CamScanner

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

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20242592 DEL 2024

NO. DEL CONTRATO	CD20242592 DE 2024
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	YESSICA PAOLA ROSENTHIL ROJAS
NO. DE IDENTIDAD	1082995194
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 14.000.000 CATORCE MILLONES DE PESOS M/L
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	2987
REGISTRO PRESUPUESTAL	1046
REGISTRO PRESUPUESTAL ADICION	5597
FECHA DE ACTA DE INICIO	01 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 Subgerente científica, quien actúa como supervisor del contrato CD20242592, por otra parte, **YESSICA PAOLA ROSENTHIL ROJAS**, identificado con la cedula de ciudadanía No. 1082995194 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,

YESSICA PAOLA ROSENTHIL ROJAS
CC. 1082995194

Escaneado con CamScanner