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 DINA MARIA GAVIRIA PRADO identificado con C.C. 1082961003

Fecha de Diligenciamiento:	2024-10-30

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:	CD20242423	RP:	2841	CDP:	510
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	14.000.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	1.875.000,00		
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:	912	RP - ADICION:	5465	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

DINA MARIA GAVIRIA PRADO
1082961003
CRA 21A 29E-46
3164068057
#N/A

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2024-10-30**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	DINA MARIA GAVIRIA PRADO		
DOCUMENTO:	1082961003		
DIRECCIÒN:	CRA 21A 29E-46	TELÉFONO:	3164068057
CORREO ELECTRONICO:	#N/A		

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:	CD20242423						
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:	2841	CDP:	510	FECHA INICIO:	2024-04-01	FECHA FINAL:	2024-10-31
VALOR CONTRATO:	14.000.000,00			VALOR A PAGAR:	1.875.000,00		
BANCO A CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA			TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	235163201
CDP - ADICION:	912	RP - ADICION:	5465	VALOR ADICION:	4.000.000,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Octubre**						

FIRMA

Dina Gaviria

DINA MARIA GAVIRIA PRADO
C.C. 1082961003 expedida en SANTA MARTA

Powered by CamScanner

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE NIT 1084437619	FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	CODIGO: GJC23F VERSION: 003 FECHA DE ULTIMA REVISION: 22/05/2024 PAGINA 1 de 1

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

DINA MARIA GAVIRIA DEL PRADO

CON C.C Nº 1.082.961.003

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20242423	DE FECHA INICIO	1/4/2024

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 entrege 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, asistir en la alimentación, 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, riñoneras, pisingos, 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 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	Recibi y entregre a los pacientes a los diferentes servicios con la lista de chequeo correspondiente
8	Asisti a la ronda médica y durante los procedimientos de estos
9	Apoye al personal de enfermeras en los procedimientos (curaciones, colocación y retiro de sonda vesical, sonda nasogástrica, E:CG, y otros procedimientos) y en marcar los rótulos en la hora de instalar el medicamento
10	Realice durante el turno, seguimiento diario y registrar todas las actividades y evoluciones del paciente en la historia clinica (notas de Enfermeria), en los tiempos reglamentados
11	Observe y reporte de signos de alarma presentados por sus pacientes
12	Informe 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
13	Proporcione orientación al paciente y familiar
14	Atendi a los pacientes con trato humanizado en el turno y / o área a asignada de la E.S.E
15	Realice asepsia general semanal y diaria cuando egrese el paciente, registrar en el formato correspondiente.
16	Clasifique, ordene y controle las lencerías de los servicios a efectos de reposición de ropas y de vestuario, relacionándose con los servicios de lavanderia.
17	Realice 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.
18	Recibi, registre oportunamente los elementos de protección personal y cumplir con el correcto uso de estos.
19	Hice los usos correctos de administración de medicamentos
20	Me adheri a protocolos, guías y procedimientos requeridos en la prestación del servicio.
21	Conduci a los usuarios a los distintos servicios y a otras instituciones de salud
22	No se realizo arreglo de cadáver y entregarle al familiar todas las pertenencias del paciente fallecido
23	Se informo a la enfermera y médico de la posible fuga del paciente
24	Realice seguimiento a la administración de los medicamentos por la enfermera (farmacovigilancia)
25	No se realiza procesos de esterilización del instrumental, insumos y dispositivos médicos, comprobar el correcto empaquetamiento de este y el cumplirniento de los registros especificos.
26	No se prepara en el servicio los paquetes de material (confección de apósitos de gasa, torundas y otro material), Colocar los controles quimicos y biológicos necesarios, Poner las fechas de envasado, Cerrar los sobres de material.
27	No se Clasifica en el servicio el material de esterilización, comprobar el correcto empaquetamiento, Introducir los diferentes paquetes según caracteristicas, Colaborar en la puesta en marcha de los aparatos, cumplimentar los registros especificos.
28	No se proporciona desde el servicio la zona intermedia todo el material necesario para la intervención (hojas bisturies, apósitos...), y mantiene la zona repuesta, limpia y ordenada.

Powered by CamScanner

29	Traslade al paciente a quirófano y realize el monitoreo completo (pulsioximetro, tensiómetro, electrodos, placa de bisturí) para iniciar procedimientos quirúrgicos,
30	Asegure el correcto etiquetado de las muestras biológicas obtenidas durante la intervención y de su envio a los laboratorios correspondientes (Anatomía Patológica, Microbiología, etc.)
31	Revise el funcionamiento de los equipos y elementos que se encuentran en la ambulancia y otros servicios: pulsoximetro, aspirador, tensiómetro, el desfibrilador, etc.
32	No se realizaron maniobras de "soporte vital básico" (SVB) y "soporte vital avanzado" (SVA) que se aplique al enfermo crítico.
33	Movilice e inmovilice al paciente con seguridad y rapidez, en problemas traumatológicos y psiquiátrico. etc,
34	Se realizo el traslado de pacientes a otros servicios o por medio de la ambulancia, antes: Recibir las órdenes del servicio, Informarles a los familiares que se le van a realizar los procedimientos y debe estar listo media hora antes, verificar el nombre del paciente, número de cama asignada, verificar el estado del paciente, para ver si se puede transportar en silla de rueda o en camilla, verificar el acompañamiento del familiar, mirar las condiciones de las venas, si están permeables y con angiocath No.24, 22 y reciente.
35	Prepare paciente para procedimientos quirúrgicos y medios de diagnósticos como TAC, ecografías, estudios especializados y otros.
36	Lleve el registro de verificación de los pacientes que van para procedimientos quirúrgicos (lista de chequeos).
37	Verifique, que este diligenciado el consentimiento para transfusiones sanguíneas, autorización de procedimientos quirúrgicos y de anestesia, declaración de retiro voluntario estén diligenciados.
38	Llene el formato de transfusión sanguínea antes, durante y después de la transfusión.
39	No se realiza en el servicio la preparación del equipo y paciente antes, durante y después de la atención del parto, en este servicio
40	No se realiza atención del Recién Nacido en este servicio
41	No se realiza preparacion del equipo y a la paciente para el monitoreo fetal en este servicio
42	Realice actualización de Kardex y tarjetas de medicamento cuando enfermera no se encuentra o está ocupada
43	Controle las entradas y salidas de historias clínicas de del servicio (prestación de historias clínicas).
44	No se realiza en el servicio el surtir a los consultorios de materiales, equipos, etc.
45	Recibi al paciente y la programación de cirugía ambulatoria, verifique 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
46	Verifique que el paciente procedente de cirugía u otros servicios, tenga la historia clínica estén todos los registros médicos y de enfermería estén lleno.
47	Recogi las facturas de los pacientes y verificar que estos aparezca en el sistema.
48	No se realiza en el servicio la supervicion bajo la resolución 1955 de 1999 y 839 del 2017 Cumplir con el diligenciamiento de los RIPS, formatos de seguimiento, evaluación, facturación y registro propios de la E.S.E.
49	Uso adecuado y racional de elementos, recursos y demás medios institucionales.
50	Garantice la presencia oportuna, cuando se requiera hacer los procedimientos y labores propias del auxiliar de enfermería en cualquier servicio de la E.S.E
51	Respondi 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
52	Tuve comunicación las 24 horas del día para su fácil localización en casos de urgencias, para lo cual deberán certificar el número telefónico.

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	9473776632	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	22/10/2024	$ 162.500
PENSIÓN:	PORVENIR	23/10/2024	$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	23/10/2024	$ 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:	Dina Gaviria
N°. IDENTIFICACIÓN:	1.082.961.003

Powered by CamScanner

en línea

TOS GENERALES DEL APORTANTE

dentificacion	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
1082961003		GAVIRIA DEL PRADO DINA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 18 13 66 BARRIO CUNDI	SANTA MARTA-MAGDALENA	4305009	No

TOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
ensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
4-09	2024-09	999388215	9473776632	I	2024/10/02	2024/10/23	NEQUI	21	$408,400

UIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO		NOVEDADES	PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS				PARAFISCALES				
Identificacion	Nombre	ingretdeciaentdpltapvsplcorvstsinvsleslmavacavpvlcfi.vlp	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
CURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$31,700		$0	$0		$402,200
tro 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
ad: 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
CC	1082961003	GAVIRIA DINA	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	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
al	**Afiliados(1)**				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$31,700		$0	$0		$402,200

TOS GENERALES DEL APORTANTE

dentificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
1082961003		GAVIRIA DEL PRADO DINA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 18 13 66 BARRIO CUNDI	SANTA MARTA-MAGDALENA	4305009	No

TOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
ensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
4-09	2024-09	999388215	9473776632	I	2024/10/02	2024/10/23	NEQUI	21	$408,400

ESUMEN DE PAGO

ESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
P (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$3,200	$0	$211,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$3,200	$0	$211,200
(ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$500	$0	$32,200
OSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$31,700	$500	$0	$32,200
DMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$2,500	$0	$165,000
MISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$162,500	$2,500	$0	$165,000
				1	$402,200	$6,200	$0	$408,400

Powered by 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. CD20242423 DEL 2024

NO. DEL CONTRATO	CD20242423 DEL 2024
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	DINA MARIA GAVIRIA DEL PRADO
NO. DE IDENTIDAD	1082961003
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS 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 M/L ($14.000.000)
FORMA DE PAGO	7 cuotas por valor de DOS MILLONESPESOS 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	912
REGISTRO PRESUPUESTAL	2841
REGISTRO PRESUPUESTAL ADICION	5465
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 cientifica, quien actúa como supervisor del contrato **CD20242423,** por otra parte, **DINA MARIA GAVIRIA DEL PRADO**, identificado con la cedula de ciudadanía No.**1.082.961.003** 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,

DINA MARIA GAVIRIA DEL PRADO
CC. 1.082.961.003

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner