| | | | |
|---|---|---|---|
| E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO 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 DARYS PATRICIA FELIPE AVILA identificado con C.C. 1082921376**

| 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: | CD20242413 | RP: | 2832 | CDP: | 510 |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO: | 10.000.000,00 | VALOR DE HONORARIOS PERIODO: | | | 1.812.500,00 |
| 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 P.

AURA STELLA DAZA PEÑA
36541888
UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA

Powered by CamScanner

DARYS PATRICIA FELIPE AVILA
1082921376
CALLE 33 10-44 BARRIO COREA
000000
DARYSFELIPEAVILA@GMAIL.COM

# CUENTA DE COBRO

## DATOS PERSONALES

| | | | |
|---|---|---|---|
| ***Fecha de Diligenciamiento:*** | ***2024-09-25*** | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS: | DARYS PATRICIA FELIPE AVILA | | |
| DOCUMENTO: | 1082921376 | | |
| DIRECCIÓN: | CALLE 33 10-44 BARRIO COREA | TELÉFONO: | 000000 |
| CORREO ELECTRONICO: | DARYSFELIPEAVILA@GMAIL.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: | CD20242413 |
| 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: | 2832 | 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: | BBVA | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | No. CUENTA: | 0780028197 |
| CDP - ADICION: | 907 | RP - ADICION: | 5548 | VALOR ADICION: | 4.000.000,00 | | |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **Septiembre** | | | | | | |

## FIRMA

DARYS FELIPE AVILA.

DARYS PATRICIA FELIPE AVILA
*C.C.* 1082921376 expedida en SANTA MARTA

Powered by CamScanner

| | | |
|---|---|---|
| HJMB JULIO MENDEZ BARRENECHE | 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**

**DARYS PATRICIA FELIPE AVILA**

**CON C.C N° 1.082.921.376**

**I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PESTACION 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.** | **CD20242413** | **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 específicas del objeto del contrato) |
|---|---|
| 1 | Recibi y entregue el 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 | Realiza las respectivas solicitud y devoluciones a farmacia de insumos o medicamentos del paciente que ingrese y egrese bajo supervicion de enfermera. |
| 7 | Asisti a la ronda médicas y durante los procedimientos de estos |
| 8 | 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 |
| 9 | Realizar durante el turno, seguimiento diario y registrar todas las actividades y evoluciones del paciente en la historia clínica (notas de Enfermeria), en los tiempos reglamentados |
| 10 | Observación y reporte de signos de alarma presentados por sus pacientes |
| 11 | Observación y reporte de signos de alarma presentados por sus pacientesincidentes, eventos adversos y participar en reuniones para estudio de estos y todos los que deriven de la atención del paciente |
| 12 | Informar a la profesional especializada de seguridad del paciente los incidentes, eventos |
| 13 | Proporcionar orientación al paciente y familiar |
| 14 | Realizar asepsia general semanal y diaria cuando egrese el paciente, Atender a los pacientes con trato humanizado en el turno y / o área a asignada de la E.S.E |
| 15 | Realizar asepsia general semanal y diaria cuando egrese el paciente, registrar en el formato correspondiente |
| 16 | Clasifica, ordena y controlar las lencerias de los servicios a efectos de reposición de ropas y de vestuario relacionándose con los servicios de lavandería |
| 17 | Realizar una adecuada segregación de los elementos de protección personal residuos hospitalarios que se generen de la atención de los pacientes, de |
| 18 | Recibir, registrar oportunamente los elementos de protección personal y cumplir con el correcto uso de estos |
| 19 | Hacer los usos correctos de administración de medicamentos |
| 20 | Adherencia a protocolos, guías y procedimientos requeridos en la prestación del servicio. |
| 21 | Conducir a los usuarios a los distintos servicios y a otras instituciones de salud. |
| 22 | Arreglo del cadáver y entregarle al familiar todas las pertenencias del paciente fallecido |
| 23 | Informar a la enfermera y médico de la fuga del paciente |
| 24 | Realizar seguimiento a la administración de los medicamentos por la enfermera (farmacovigilancia |
| 25 | Realizar procesos de esterilización del instrumental, insumos y dispositivos médicos, comprobar el correcto empaquetamiento de este y el cumplimiento de los registros especificos. |
| 26 | Preparar los paquetes de material (confección de apósitos de gasa, torundas |
| 27 | Clasificar el material de esterilización, comprobar el correcto empaquetamiento, introducir los diferentes paquetes según caracteristicas, |
| 28 | Trasladar al paciente a quirófano y realizar el monitoreo completo (pulsioxímetro, tensiómetro, electrodos,para iniciar 'procedimientos quirúrgicos |
| 29 | Proporciona desde la zona intermedia todo el matenal necesario para la intervención (hojas bisturies, apósitos.. ), y mantiene la zona repuesta, limpia y ordenada. |
| 30 | Asegurar el correcto etiquetado de las muestras biológicas obtenidas durante la intervención y de su envío a los laboratorios correspondientes (Anatomia Patológica, Microbiologia, etc.). |
| 31 | Revisar el funcionamiento de los equipos y elementos que se encuentran en la ambulancia y otros servicios: pulsoxímetro, aspirador, tensiómetro, el desfibrilador, etc. |
| 32 | Ayudar al médico en las maniobras de "soporte vital básico" (SVB) y "soporte vital avanzado" (SVA) que se aplique al enfermo crítico |
| 33 | Movilizar e inmovilizar al paciente con seguridad y rapidez, en problemas traumatológicos y psiquiátrico. Etc |
| 34 | Al realizar el traslado de un paciente a otro servicio 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, |
| 35 | Preparación del paciente para procedimientos quirúrgicos y medios de diagnósticos como TAC, ecografias, estudios especializados y otros. |
| 36 | Llevar el registro de verificación de los pacientes que van para procedimientos quirúrgicos (lista de chequeos) |
| 37 | Verificar que este diligenciado el consentimiento para transfusiones sanguíneas, autorización de procedimientos quirúrgicos y de anestesia, declaración de retiro voluntario estén diligenciados |
| 38 | Llenar el formato de transfusión sanguínea antes, durante y después de la transfusión. |
| 39 | Preparación del equipo y paciente antes, durante y después de la atención del parto. |
| 40 | Atención del Recién Nacido |
| 41 | Preparar el equipo y a la paciente para el monitoreo fetal |
| 42 | Actualización de Kardex y tarjetas de medicamento si la enfermera no se encuentra o está ocupada |
| 43 | Controlar las entradas y salidas de historias clinicas de su consultorio (prestación de historias clínicas) |
| 44 | Controlar las entradas y salidas de historias clinicas de su consultorio (prestación de historias clínicas) |
| 45 | 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 |
| 46 | Al recibir el paciente procedente de cirugía u otros servicios, verificar que la historia clínica estén todos los registros médicos y de enfermeria estén lleno |
| 47 | Recoger las facturas de los pacientes y verificar que estos aparezca en el sistema. |
| 48 | Uso adecuado y racional de elementos, recursos y demás medios institucionales. |
| 49 | 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 |
| 50 | Tener comunicación las 24 horas del dia para su fácil localización en casos de urgencias, para lo cual deberán certificar el número telefónico |
| 51 | 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 |
| 52 | Tener comunicación las 24 horas del dia para su fácil localización en casos de urgencias, para lo cual deberán certificar el número telefónico |
| 53 | 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 |
| 54 | El valor mensual facturado dependerá de las actividades contratadas y cumplidas por parte del contratista y verificados por el supervisor del contrato |
| 55 | Asistencia a capacitaciones, programas de formación continua, y apropiación de procesos de inducción y reinducción. |
| 56 | Asistencia a capacitaciones, programas de formación continua, y apropiación de procesos de inducción y reinducción. |
| 57 | Garantizar que la prestación 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 |

Powered by CamScanner

| | |
|---|---|
| 58 | 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:** | 45665961423 | OPERADOR: | SOI |
| **CONCEPTO DEL PAGO** | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| **SALUD:** | CAJACOPI | 24/9/2024 | 162.500 |
| **PENSIÓN:** | PORVENIR | 24/09/204 | 208.000 |
| **RIESGOS LABORALES:** | POSITIVA ARL | 24/9/2024 | 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:** | Darys Felipe Avila<br>DARYS PATRICIA FELIPE AVILA |
| **N°. IDENTIFICACIÓN:** | C. C. 1082921376 |

Powered by CamScanner

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Mi Pagos Seguridad Social

Mancoomeva

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1082921376 |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | | | DARYS PATRICIA FELIPE AVILA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | SANTA MARTA | DEPARTAMENTO: | MAGDALENA |
| DIRECCIÓN: | SANTA MARTA | TELÉFONO: | 4000000 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Comercio al por mayor de computadores, equipo per |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | 4565961423 | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES agosto AÑO 2024 | | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES agosto AÑO 2024 | |
| DIAS DE MORA: | | 6 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2024/09/24 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 9980104002 |

### TOTAL APORTES A PENSIÓN

| CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | MORA COTIZACIÓN | MORA FSP | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 208.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.000 | $ 0 | $ 208.000 | $ 1.000 | $ 209.000 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 208.000 | $ 1.000 | $ 209.000 |

### TOTAL APORTES A SALUD

| CÓDIGO | ADMINISTRADORA 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 ADRES | MORA COTIZACIÓN | MORA VALOR ADRES | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCFC55 | CCFC55- CAJACOPI EPS S.A.S | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 162.500 | $ 0 | $ 800 | $ 0 | $ 162.500 | $ 800 | $ 0 | $ 163.300 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 162.500 | $ 800 | $ 0 | $ 163.300 |

### TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD IRP 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 | $ 31.700 | $ 31.700 | $ 200 | $ 0 | $ 31.900 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | $ 31.700 | $ 200 | $ 0 | $ 31.900 |

### LIQUIDACION DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | ARP | | | | | | CCF | | SENA | ICBF | ESAP | MINEDU |
| N° | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 1082921376 | FELIPE AVILA DARYS PATRICIA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.300.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.300.000 | $ 208.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 208.000 | CCFC55-CAJACOPI EPS S.A.S | 30 | $ 1.300.000 | $ 162.500 | $ 0 | $ 162.500 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.300.000 | 10829213 | $ 31.700 | 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 404.200 |
|---|---|

Planilla Pagada

Powered by CamScanner