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

NELIS MARIA SALAS CUELLO

CON C.C Nº 57.429.856

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.	**CD20242536**	**DE FECHA INICIO**	**01/ABRIL/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	Recibí y entregué turno de acuerdo a la guía.
2	Proporcioné atención de enfermería a pacientes 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	Asistí al paciente en la alimentación enteral y parenteral.
4	Informé al enfermero de turno y a la profesional especializada de seguridad del paciente los incidentes, eventos adversos presentados en el servicio.
5	Informé de las fallas de material y equipos de servicios.
6	Realicé 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	Recibí y entregar a los pacientes a los diferentes servicios con la lista de chequeo correspondiente.
8	Asistí a la ronda médicas y durante los procedimientos de estos.
9	Apoyé 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	Realicé durante el turno, seguimiento diario y registré todas las actividades y evoluciones del paciente en la historia clínica (notas de Enfermería), en los tiempos reglamentados.
11	Observé y reporté signos de alarma presentados por los pacientes.
12	Informé 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	Proporcioné orientación al paciente y familiar.
14	Atendí los pacientes con trato humanizado en el turno y / o área a asignada de la E.S.E.
15	Realicé asepsia general semanal y diaria cuando egrese el paciente, registrar en el formato correspondiente.
16	Clasifiqué, ordené y controlé las lencerías de los servicios a efectos de reposición de ropas y de vestuario, relacionándose con los servicios de lavandería.
17	Realicé 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	Recibí y registré oportunamente los elementos de protección personal y cumplir con el correcto uso de estos.
19	Hice los usos correctos de administración de medicamentos.
20	Adherencia a protocolos, guías y procedimientos requeridos en la prestación del servicio.
21	Conduje a los usuarios a los distintos servicios y a otras instituciones de salud.
22	Arreglé el cadáver y entregué al familiar todas las pertenencias del paciente fallecido.
23	Informé a la enfermera y médico de la fuga del paciente.
24	Realicé seguimiento a la administración de los medicamentos por la enfermera (farmacovigilancia).
25	Realicé procesos de esterilización del instrumental, insumos y dispositivos médicos, comprobar el correcto empaquetamiento de este y el cumplimiento de los registros específicos.
26	Preparé los paquetes de material (confección de apósitos de gasa, torundas y otro material), Colocar los controles químicos y biológicos necesarios, Poner las fechas de envasado, Cerrar los sobres de material.
27	Clasifiqué el material de esterilización, comprobar el correcto empaquetamiento, Introducir los diferentes paquetes según características, Colaborar en la puesta en marcha de los aparatos, cumplimentar los registros específicos.
28	Proporcioné desde la zona intermedia todo el material necesario para la intervención (hojas bisturíes, apósitos…), y mantiene la zona repuesta, limpia y ordenada.
29	Trasladé al paciente a quirófano y realizar el monitoreo completo (pulsioxímetro, tensiómetro, electrodos, placa de bisturí) para iniciar ´procedimientos quirúrgicos.
30	Aseguré el correcto etiquetado de las muestras biológicas obtenidas durante la intervención y de su envío a los laboratorios correspondientes (Anatomía Patológica, Microbiología, etc.).
31	Revisé el funcionamiento de los equipos y elementos que se encuentran en la ambulancia y otros servicios: pulsoximetro, aspirador, tensiómetro, el desfibrilador, etc.
32	Ayudé al médico en las maniobras de "soporte vital básico" (SVB) y "soporte vital avanzado" (SVA) que se aplique al enfermo crítico.
33	Movilicé e inmovilicé 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: Recibí las órdenes del servicio, Informé a los familiares que se le van a realizar los procedimientos y deben estar listo media hora antes, verifiqué el nombre del paciente, número de cama asignada, verifiqué el estado del paciente, para ver si se puede transportar en silla de rueda o en camilla,
35	Preparé el paciente para procedimientos quirúrgicos y medios de diagnósticos como TAC, ecografías, estudios especializados y otros.
36	Llevé el registro de verificación de los pacientes que van para procedimientos quirúrgicos (lista de chequeos).
37	Verifiqué que este diligenciado el consentimiento para transfusiones sanguíneas, autorización de procedimientos quirúrgicos y de anestesia, declaración de retiro voluntario estén diligenciados.
38	Llené el formato de transfusión sanguínea antes, durante y después de la transfusión.
39	Preparé el equipo y paciente antes, durante y después de la atención del parto.
40	Atendí el Recién Nacido.
41	Preparé el equipo y a la paciente para el monitoreo fetal.
42	Actualicé Kardex y tarjetas de medicamento si la enfermera no se encuentra o está ocupada.
43	Controlé las entradas y salidas de historias clínicas de su consultorio (prestación de historias clínicas).
44	Surtí a los consultorios de materiales, equipos, etc.
45	Recibí 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
46	Al recibir el paciente procedente de cirugía u otros servicios, verifiqué que la historia clínica estén todos los registros médicos y de enfermería estén lleno.
47	Recogí las facturas de los pacientes y verificar que estos aparezca en el sistema.
48	Bajo la resolución 1955 de 1999 y 839 del 2017 Cumplí con el diligenciamiento de los RIPS, formatos de seguimiento, evaluación, facturación y registro propios de la E.S.E.

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

NELIS MARIA SALAS CUELLO

CON C.C Nº 57.429.856

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.

49	**Usé adecuada y racionalmente elementos, recursos y demás medios institucionales.**
50	**Garanticé 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	**Respondí 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.**
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 genere, el incumplimiento a un turno nocturno no tiene derecho al descanso.**
54	**El valor mensual facturado dependerá de las actividades contratadas y cumplidas por parte del contratista y verificados por el supervisor del contrato.**
55	**Reporté inmediatamente cualquier incapacidad a la profesional especializada de la unidad de enfermería.**
56	**Desarrollé las actividades definidas de acuerdo a contratación definido por partes con las agendas de turno y horas establecidas mensuales (192h).**
57	**Asistí a capacitaciones, programas de formación continua, y apropiación de procesos de inducción y reinducción.**
58	**Garanticé 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**
59	**Realicé 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.**

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**4565475707**	**OPERADOR:**	**SOI**

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SANITAS EPS**	**19-sep-24**	**163.400**
PENSIÓN:	**PORVENIR**	**19-sep-24**	**209.100**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA ARL**	**19-sep-24**	**31.900**

VI.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.

VII. 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:	Nelis Salas
N°. IDENTIFICACIÓN:	**57.429.856**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI — Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	[illegible]
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			KELIS MARIA SALAS CUELLO
CIUDAD/MUNICIPIO	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO	MAGDALENA
DIRECCIÓN	[illegible]	TELÉFONO	[illegible]
TIPO APORTANTE	[illegible]	CLASE APORTANTE	INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA		4565475707	TIPO DE PLANILLA		[illegible]
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES agosto AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES agosto AÑO	2024
DÍAS DE MORA		[illegible]			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)		[illegible]	NÚMERO AUTORIZACIÓN		[illegible]

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	VALOR PAGADO
[illegible]	[illegible]	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.100	$ 0	$ 208.000	$ 1.100	$ 209.100
SUBTOTALES										$ 208.000	$ 1.100	$ 209.100

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	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	DESCUENTO	VALOR PAGADO
[illegible]	EPS SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 900	$ 0	$ 162.500	$ 900	$ 0	$ 163.400
SUBTOTALES													$ 162.500	$ 900	$ 0	$ 163.400

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD EG NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD EG VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
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

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE					NOVEDADES	PENSIÓN ADMIN	PENSIÓN IBC	PENSIÓN COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	SALUD IBC	SALUD COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	ARP IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	PARAFISCALES IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
[illegible]	[illegible]	KELIS MARIA SALAS CUELLO	[illegible]	$ 1.300.000	[illegible]	PORVENIR	1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS005-SANITAS S.A.	1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1.300.000	[illegible]	$ 31.700	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 404.400

Planilla Pagada

Powered by CamScanner

NELIS MARIA SALAS CUELLO
57429856
CALLE 21 # 13 - 32 (17 DICIEMBRE)
3215372211
YURISAYMONTALVO@HOTMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	2024-09-25		
NOMBRES Y APELLIDOS:	NELIS MARIA SALAS CUELLO		
DOCUMENTO:	57429856		
DIRECCIÓN:	CALLE 21 # 13 - 32 (17 DICIEMBRE)	TELÉFONO:	3215372211
CORREO ELECTRONICO:	YURISAYMONTALVO@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:	CD20242536
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:	2939	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:	DAVIVIENDA			TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	055488403073263
CDP - ADICION:	1003	RP - ADICION:	5564	VALOR CONTRATO CON ADICION:	4.000.000,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:				Septiembre			

FIRMA

Nelis Salas

NELIS MARIA SALAS CUELLO
C.C. 57429856 expedida en SANTA MARTA - MAGDALENA

Powered by CamScanner

HJMB	FORMATO INFORME DE SUPERVISOR	Código: GJC22F	Versión: 1
		FECHA DE ULTIMA REVISIÓN: 16/01/2024	

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y NELIS MARIA SALAS CUELLO Identificado con C.C. 57429856

Fecha de Diligenciamiento:	2024-09-25

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:	CD20242536	RP:	2939	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:	AURA STELLA DAZA PEÑA				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

CDP - ADICION:	1003	RP - ADICION:	5564	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 Septiembre

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

AURA STELLA DAZA PEÑA
36541888
UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA

Powered by CamScanner