HJMB 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 JESSENIA ESTHER GOMEZ RIVAS identificado con C.C. 39047087

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:	CD20242462	RP:	2870	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:	941	RP - ADICION:	5292	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

JESSENIA ESTHER GOMEZ RIVAS
39047087
CALLE 5 #10-19
3007105601
JESSEGORIVAS@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2024-10-28**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	JESSENIA ESTHER GOMEZ RIVAS		
DOCUMENTO:	39047087		
DIRECCIÓN:	CALLE 5 #10-19	TELÉFONO:	3007105601
CORREO ELECTRONICO:	JESSEGORIVAS@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:	CD20242462						
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:	2870	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:	DAVIVIENDA			TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	488427209769
CDP - ADICION:	941	RP - ADICION:	5292	VALOR ADICION:	4.000.000,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Octubre**						

FIRMA

Jessenia Gomez R.

JESSENIA ESTHER GOMEZ RIVAS
C.C. 39047037 expedida en SANTA MARTA

Powered by CamScanner

HJMB JULIO MENDEZ BARRENECHE	**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO**	CODIGO: GJC23F VERSION: 005 FECHA DE ULTIMA REVISION: 22/04/2024 PAGINA 1 de 1

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

JESSENIA ESTHER GOMEZ RIVAS

CON C. C Nº 39047087

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 ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20242462	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	Recibí y entregue turno a cargo a la guia
2	Atendi pacientes asignados en el area de hospitalización segun las necesidades fisicas, fisiologicas, psicologicas 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, verifique signos de alertas, instale y retire soluciones de liquidos, asepsia e implementos de trabajo como aspirador, nebulizers, palangana, patos cada vez que fuera necesario)
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 los faltas de material y equipos del servicio
6	Realicé a las respectivas solicitudes y devoluciones a farmacia de insumos y medicamentos de los pacientes quirúrgicos para el egresos 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 los eventos medicos y durante los procedimientos de estos
9	Apoyé a la enfermera (o) en los procedimientos (curaciones, oxigenación y retiro de sondas vesicales, sonda nasogastrica, electrocardiogramas y otros procedimientos) y en marcar los estudios en la hora de instalar medicamentos
10	Realicé durante el turno, seguimiento diario y registré todas las actividades y novedades del paciente en la historia clinica (notas de Enfermeria), en los tiempos reglamentados.
11	Observé y reporte los signos de alarma presentados por pacientes
12	Informé a la profesional Especializada de seguridad del paciente los incidentes y eventos adversos para participar en reuniones para estudio de estos y todos los que generen de la atención del paciente.
13	Preparé la orientación al paciente y familia
14	Atendí a los pacientes con trato humanizado en el turno y/o area asignada de la E.S.E
15	Realice examen general segmentario y signos al ingreso del paciente, registrado en el formato correspondiente
16	Clasifique, entregue y registre los elementos del turnero y solicite de reposición de ropas y enseres relacionados al servicio de lavanderia.
17	Realice una adecuada segregación de los elementos de protección personal, residuos hospitalarios que se generaron en la atención a pacientes.
18	Recibí y registre aquel ingresaron los elementos de protección personal y le di uso correcto a estos.
19	Le di uso correcto a la administración de medicamentos.
20	Me adhiere a protocolos, guias y procedimientos vigentes en la prestación del servicio.
21	Conduje a los usuarios a las diversos servicios y a otras instituciones de salud.
22	Cuando fue necesario apoyé el clasificar y la entrega al familiar todas las pertenencias del paciente fallecido.
23	Informé a la enfermera (o) cualquier novedad con la hoja de pacientes.
24	Realicé seguimiento a la administración de los medicamentos por la enfermera(o) farmaceutica (tecnica)
25	Realicé proceso de esterilización del instrumental, insumos y dispositivos medicos, cumpliendo a el correcto empaquetamiento de este y cumpli con los registros especificos.
26	Prepare los paquetes de material curación de apósitos de gasa, hemostasia, otro material, colocar los controles quimicos y biologicos necesarios, colocando la fecha del empacado y cerre los sobres de material.
27	Clasifique el material de esterilización y cumpliendo el correcto empaquetamiento, marcando los elementos paquetes según caracteristicas. Colabore en la puesta en marcha de los aparatos cumpliendo los registros especificos.
28	Proporcioné desde la zona intermedia todo el material necesario para la intervención (mesa de instrumentación, apositos ...) y mantuve la zona respuesta limpia y ordenada.
29	Trasladé al paciente a cuidados y realicé el monitoreo completo (ventilatorio, hemodinamico, electrodos, placa de bovie) para iniciar el procedimiento quirurgico.
30	Aseguré el correcto etiquetado de las muestras biologicas obtenidas durante la intervención y el envio a los laboratorios correspondientes (Anatomia patológica, Microbiologia, etc.).
31	Revisé el funcionamiento de los equipos y elementos que se encuentran en la sala (luces y otros servicios, pulsiometro, aspirador, desfibrilador, etc...
32	Apoyé al médico en las maniobras de "reanimación inicial básica(RIVB) y avanzada(RIVA) que se aplico) al enfermo critico.
33	Movilicé e inmovilice al paciente con seguridad y eficacia en lesiones traumatológicas y ortopédicas, etc
34	Al realizar traslado del paciente a otro servicio por medio de ambulancia. Antes: Recibí las ordenes del servicio, se le informo a la familiares que lo van a realizar un procedimiento y deben estar listos media hora antes, se verifico el nombre del paciente, número de cama asignada, el estado del paciente para ver si se podia transportar en silla de ruedas o en camilla, verificando el acompañamiento del familiar y miran las condiciones de las venas y si estan permeables y con angiocath Nº 18 y reciente.
35	Preparé al paciente para procedimientos (quirurgicos, medicos, ayudas diagnosticas) (lista de chequeos).
36	Realicé registro de verificación de los pacientes que fueron sometidos a procedimiento quirurgicos (lista de chequeos).
37	Verifiqué el diligenciamiento del consentimiento en las transfusiones sanguineas, autorización de procedimientos y cirugias y de anestesia, además la declaración de retiro voluntario, que estuvieran bien diligenciados.
38	Llene el formato de transfusión sanguinea antes, durante y después de la transfusión.
39	Preparé el equipo y paciente antes, durante y después de la atención del parto.
40	Asistí al recien nacido.
41	Prepare el equipo y a la paciente para el monitoreo fetal.
42	Actualice 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/ prestacion de ayudas diagnosticas.
44	Surti los consultorios de medicinas, equipos, etc
45	Recibí al paciente y la programación de cirugia anticipadora verifique que no tenga accesorios, no unas pintadas, no cabello mojado, que el paciente este afectado en la zona de insercion, se verifico los documentos de este y que estuvieran completos y actualizados, se realizo notas de
46	Al recibir al paciente procedente de cirugia u otros servicios se verifico en la historia clinica estan los registros medicos y de enfermeria llenos
47	Recepcione las facturas de los pacientes y verifique que estos aparezcan en el sistema
48	Bajo la resolucion 1995 de 1999 y 839 de 2014 cumpli con el diligenciamiento de los RIFS, formato de seguimiento, evolucion, facturacion y registros propios de la ESE.
49	Le di uso adecuado y racional a los elementos, recursos y demas medios institucionales.
50	Garantice la presencia oportuna, cuando se requiere hacer procedimientos y labores propias de auxiliar de enfermeria en cualquier servicio de la ESE.
51	Respondi por los daños y perjuicios en salud que se generaron a un usuario por negligencia, omisión de cuidado debido, extremo o cualquier otra accion imputable por mi culpa.
52	Experiencia: informe la comunicacion las 24 horas del dia para una facil localizacion en caso de urgencias para lo cual certifico el numero telefonico.
53	La suspension, cancelación y atrasos en la prestación de los servicios por incumplimiento en los turnos asignados sin justificación que acarreen trastornos y/o alteraciones en la comunidad de la prestación del servicio, sera objeto de glosas de la orden que se genere, el incumplimiento
54	El valor mensual facturado dependerá de las actividades cumplidas y cumplidas por mi parte (contratista) y verificadas por el supervisor asignado al contrato.
55	Reporté inmediatamente cualquier incapacidad a la profesional especializada se la unidad de Enfermeria.
56	Descarte las actividades efectuadas en el cometido por cumplimiento con la agenda de turnos y horas establecidas (192 horas).

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

	4570894981	OPERADOR:	SOI
No. DE PLANILLA:	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
CONCEPTO DEL PAGO	EPS SANITAS	25/10/2024	162.500
SALUD:	COLPENSIONES	25/10/2024	208.000
PENSIÓN:	POSITIVA	25/10/2024	31.700
RIESGOS LABORALES:			

IV. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1. - Que desarrolle las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
2. - Que realice el pago de la Seguridad Social por el valor que exige la Ley, pago del cual anexo copia simple.
3. - Que autorizo los descuentos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

V. ANEXOS

Anexar evidencias fotograficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

FIRMA DEL CONTRATISTA:	
Nº. IDENTIFICACIÓN:	39096M43

Powered by CamScanner

soi

Bancoomeva

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	39047087
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL			JESSENIA ESTHER GOMEZ RIVAS
CIUDAD/MUNICIPIO	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO	MAGDALENA
DIRECCIÓN	CALLE 36 # 5 - 65	TELÉFONO	[illegible]
TIPO APORTANTE	02 INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	I INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA	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

NUMERO PLANILLA	4570894981	TIPO DE PLANILLA	I INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES septiembre AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES septiembre AÑO 2024
DIAS DE MORA	4	NUMERO AUTORIZACIÓN	9990455207
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)	2024/10/25		

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA 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
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 600	$ 0	$ 208.000	$ 600	$ 208.600
SUBTOTALES										$ 208.000	$ 600	$ 208.600

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NUMERO 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
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 500	$ 0	$ 162.500	$ 500	$ 0	$ 163.000
SUBTOTALES													$ 162.500	$ 500	$ 0	$ 163.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NUMERO 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	$ 100	$ 0	$ 31.800
SUBTOTALES									$ 31.700	$ 100	$ 0	$ 31.800

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	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	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 39047087	GOMEZ RIVAS JESSENIA ESTHER	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD

ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500

SEGURIDAD SOCIAL — ARP

ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
14-23 POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000	39047087	$ 31.700

PARAFISCALES

DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 403.400

Planilla Pagada

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. CD20242462 DEL 2024

NO. DEL CONTRATO	**CD20242524 DE 2024**
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**JESSENIA ESTHER GOMEZ RIVAS**
NO. DE IDENTIDAD	**39047087**
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	941
REGISTRO PRESUPUESTAL	2870
REGISTRO PRESUPUESTAL ADICION	5292
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 Sugerente científica, quien actúa como supervisor del contrato **CD20242462 DE 2024,** por otra parte, **JESSENIA ESTHER GOMEZ RIVAS**, identificado con la cédula de ciudadanía No. **39047087** 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 (E),

NINA VANESSA DIAZ ACOSTA
CC36.727.527

CONTRATISTA,

JESSENIA ESTHER GOMEZ RIVASN
CC. 39047087

COPIA CONTROLADA

Powered by CamScanner