CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y MARISOL MANGA GAMERO Identificado con C.C. 1083042501

Fecha de Diligenciamiento:	2024-09-25

I. DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.

N° CONTRATO:	CD20242705	RP:	3073	CDP:	510
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	21.700.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	3.100.000,00		
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:	1210	RP - ADICION:	5333	VALOR CONTRATO CON ADICION:	6.200.000,00

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

MARISOL MANGA GAMERO
1083042501
CARRERA 7 N 32-49 APTO 9 MANZANARES
3225860792
MARISOL.MANGA2901@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2024-09-25**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	MARISOL MANGA GAMERO		
DOCUMENTO:	1083042501		
DIRECCIÓN:	CARRERA 7 N 32-49 APTO 9 MANZANA	TELÉFONO:	3225860792
CORREO ELECTRONICO:	MARISOL.MANGA2901@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:	CD20242705						
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.						
RP:	3073	CDP:	510	FECHA INICIO:	2024-04-01	FECHA FINAL:	2024-10-31
VALOR CONTRATO:	21.700.000,00			VALOR A PAGAR:	3.100.000,00		
BANCO A CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	564847184		
CDP - ADICION:	1210	RP - ADICION:	5333	VALOR CONTRATO CON ADICION:	6.200.000,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Septiembre**						

FIRMA

MARISOL MANGA GAMERO
C.C. 1083042501 expedida en SANTA MARTA

Powered by CamScanner

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1083042501		MANGA GAMERO MARISOL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 7 N° 32-49 apto 9	SANTA MARTA-MAGDALENA	4214707	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-08	904625510	9471409329	1	2024/09/03	2024/09/10	NEQUI	7	$430,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000		$31,700		$0	$0		$428,200
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000		$31,700		$0	$0		$428,200
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000		$31,700		$0	$0		$428,200
1	CC	1083042501	MANGA MARISOL	23030 1	30	$1,300,000	$208,000	EPS042	30	$1,300,000	$162,500	CCF33	30	$1,300,000	$26,000	14-23	30	$1,300,000	2.4366	$31,700	30	$0	$0	No	$428,200
Total Afiliados(1)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000		$31,700		$0	$0		$428,200

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1083042501		MANGA GAMERO MARISOL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 7 N° 32-49 apto 9	SANTA MARTA-MAGDALENA	4214707	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-08	904625510	9471409329	1	2024/09/03	2024/09/10	NEQUI	7	$430,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$1,100	$0	$209,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$1,100	$0	$209,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$200	$0	$31,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$31,700	$200	$0	$31,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$26,000	$200	$0	$26,200
CAJAMAG	CCF33	891,780,093	3	1	$26,000	$200	$0	$26,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$900	$0	$163,400
COOSALUD EPS	EPS042	900,226,715	3	1	$162,500	$900	$0	$163,400
TOTAL				1	$428,200	$2,400	$0	$430,600

Powered by CamScanner

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA	**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			
MARISOL MANGA GAMERO			
CON C.C Nº 1.083.042.501			
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20242705**	**DE FECHA INICIO**	**4/1/2024**

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	Planeé, organicé dirigí, realicé las gestiones necesarias para lograr el funcionamiento de los servicios de acuerdo a los planes y programas establecidos.
2	Solucioné los problemas detectados o comunicados; si están fuera de su alcance derivarlos al nivel jerárquico correspondiente (coordinadores de areas)
3	Realicé Rondas de Seguridad de Paciente diaria: Identificación de paciente, Venopunciones, Equipos invasivos, segregación de residuos hospitalarios, orden y aseo de los servicios
4	Verifiqué la aplicación de listas de chequeo para el control en la prevención de infecciones y procesos básicos de Enfermeria.
5	Velé por el cumplimiento de los protocolos, procesos y formatos de los diferentes servicios.
6	Comprobé la realización de la asepsia en los diferentes servicios y que se encuentre bien organizado los sitios de trabajo.
7	Verifiqué que se registrarán en los formatos correspondiente la asepsia, equipos biomédicos, carro de paro, kit obstétricos, bitácoras ingreso y egreso de pacientes, bitácoras de enfermería, registros de elementos de protección personal, asignación de pacientes y roles, reservas de hemoderivados, lavandería, muestras sanguíneas, etc
8	Vigilé el uso adecuado de registros de enfermería: Expediente clínico, censo, registros estadísticos, planes de asignación, rotación y otros.
9	Supervisé que el personal a cargo cumpla con sus funciones asignadas.
10	Detecté la necesidad de material/equipo de los servicios y gestionar la adquisición.
11	Verifiqué que se cumpla con la notificación inmediata de los eventos adversos y/o incidentes que se presenten en la atención del paciente.
12	Participé en la actualización de documentos e instrumentos técnico administrativos de la unidad de Enfermería.
13	Informé al jefe inmediato de forma escrita de cualesquiera anomalías que se presente en los servicios.
14	Participé en las reuniones internas de la institución y que sean delegada por la jefe inmediata.
15	Verifiqué la preparación adecuada de los estudios y cirugía.
16	Verifiqué, realicé y gestioné el registro de eventos adversos, e incidentes y de infecciones intrahospitalarias presentados en el servicio.
17	Gestiné de estudios diagnóstico, estudios especiales e interconsultas, etc.
18	Proporcioné orientación a los estudiantes y al personal de inducción
19	Gestioné oportunamente las órdenes de transfusiones indicada para cada paciente y verificación de este procedimiento
20	Gestioné la asignación de las camas del servicio y a otro servicio
21	Verifiqué el registro de las curaciones de las enfermeras asistenciales
22	Notifiqué de daño a mantenimiento, realizar ronda conjuntamente con mantenimiento.
23	Informé por escrito, diariamente a coordinación los inconvenientes presentados en cada servicio.
24	Verifiqué el cumplimiento de la presentación personal de enfermería
25	Recibí y entregué turno de acuerdo a la guía institucional.
26	Asigné pacientes, consultorios al personal de auxiliar de Enfermería y enfermera asistencial antes de la ronda de Enfermería
27	Propicioné un ambiente agradable, utilizando siempre la comunicación asertiva tanto con paciente, familiar y grupo de trabajo
28	Elaboré reporte de enfermería
29	Maneje y controlé el material y equipo en la atención del paciente.

30	Garantizcé la presencia oportuna, cuando se requieran hacer los procedimientos y labores propias del profesional en enfermería en cualquiera de los servicios de la E.S.E.
31	Entregué historia clínica a facturación de paciente que tengan egresos en el orden establecidos
32	Respondí por los daños y perjuicios en salud que se le genere a un usuario por su negligencia, omisión, descuido, olvido, exceso o cualquier otra acción imputable a su culpa. Lo que conllevara igualmente a las sanciones disciplinarias a las que tenga lugar.
33	Participé en las jornadas científicas, actividades académicas y de investigación.
34	Verifiqué el correcto diligenciamiento del formato de SIVIGILA
35	Diligencié la Historia clínica de los pacientes cumpliendo con los parámetros establecidos en la Resolución No. 1995 de Julio 08 1.999 y demás normas legales que la complementen, sustituyan o deroguen.
36	Realicé seguimiento diario de la historia clínica (evolución, ordenes médica, notas de Enfermería, etc.,) en todo lo referente a la atención y evolución de los pacientes.
37	Tevé comunicación las 24 horas del día para su fácil localización en casos de urgencias, para lo cual deberán certificar el número telefónico.
38	Solicité los productos de asepsia y Supervisé la desinfección en el servicio y registrarlo en el formato correspondiente
39	Supervisé el cuidado, conservación y reposición de batas, sabanillas, sabanas, toallas, etc.
40	Presté los servicios que se encuentran relacionados en el estudio de conveniencia, necesidad y oportunidad, en las cantidades que se indiquen y con las características técnicas exigidas.
41	Cumplí con los turnos elaborados por la Unidad funcional de enfermería y realizar un informe de las actividades realizadas y el cumplimiento de las mismas.
42	Hacé uso racional de los insumos y elementos que se encuentren dentro del stock del servicio, velando por su adecuada utilización.
43	Proporcioné educación y orientación a pacientes y familiares para la conservación de la salud y tratamiento médico especifico.
44	Vigilé la conservación y uso adecuado de la capacidad instala del servicio.
45	Participé en la elaboración de manuales, procesos, horarios y procedimientos que permitan mejorar la prestación oportuna del servicio a los pacientes y usuarios de la institución.
46	Desarrollé las actividades definidas de acuerdo a contratación definido por partes con las agendas de turno y horas establecidas mensuales (192h)
47	Apliqué los indicadores de Seguridad del Paciente y Humanización del Servicio.
48	Obré con diligencia y el cuidado necesario en los asuntos que le asigne el supervisor del contrato.
49	Planifqué y supervisé que las actividades de enfermería dentro del quirófano o puesto al que haya sido asignado
50	Respondí oportunamente a solicitudes realizadas por el Supervisor del Contrato.
51	Adherecí a protocolos, guías y procedimientos requeridos en la prestación del servicio
52	Apoyé a los estudiantes en práctica que hagan parte de la relación docencia servicio
53	Reporté a biomédicos y mantenimiento en casos que se presente algún inconveniente con los equipos e infraestructura.
54	Verifiqué que el paciente que egrese se le entregue ordenes médica, epicrisis, incapacidades, resumen de procedimientos, formato de patología, controles médicos formulas médicas y entre otros
55	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.
56	Asistí a capacitaciones, programas de formación continua, y apropiación de procesos de inducción y reinducción.
57	Las demás que determine el Gerente, el Supervisor y que se deriven de las necesidades de la E.S.E.

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

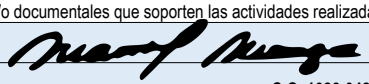
No. DE PLANILLA:	**9471409329**	**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**COOSALUD**	**10/9/2024**	**$ 162,500**
PENSIÓN:	**PORVENIR**	**10/9/2024**	**$ 208,000**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**10/9/2024**	**$ 31,700**

IV.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.

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 período correspondiente

FIRMA DEL CONTRATISTA:	
N°. IDENTIFICACIÓN:	**C.C. 1083.042.501**