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 LILIANA DE JESUS OSPINO RODRIGUEZ identificado con C.C. 57438900

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:	CD20242492	RP:	2898	CDP:	510
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	10.000.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:		1.875.000,00	
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 PEÑA
36541888
UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA

Scanned with CamScanner

LILIANA DE JESUS OSPINO RODRIGUEZ
57438900
CARRERA 16 #26-15
3006743393
CARLILI16@HOTMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2024-08-28**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	LILIANA DE JESUS OSPINO RODRIGUEZ		
DOCUMENTO:	57438900		
DIRECCIÓN:	CARRERA 16 #26-15	TELÉFONO:	3006743393
CORREO ELECTRONICO:	CARLILI16@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:	CD20242492						
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:	2898	CDP:	510	FECHA INICIO:	2024-04-01	FECHA FINAL:	2024-08-31
VALOR CONTRATO:	10.000.000,00			VALOR A PAGAR:	1.875.000,00		
BANCO A CONSIGNAR:	DAVIVIENDA			TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	055048840475952
CDP - ADICION:	0	RP - ADICION:	0	VALOR CONTRATO CON ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Agosto**						

FIRMA

LILIANA DE JESUS OSPINO RODRIGUEZ
C.C. 57438900 expedida en SANTA MARTA

Scanned with CamScanner

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 57438900		OSPINO RODRIGUEZ LILIANA DE JESUS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 16 # 26 - 15	SANTA MARTA-MAGDALENA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2024-07	2024-07	21826793	9470096537	I	2024/08/02	2024/08/27	BANCO DE OCCIDENTE	25	$409,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$3,900	$0	$211,900
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$208,000	$3,900	$0	$211,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$600	$0	$32,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$31,700	$600	$0	$32,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$3,100	$0	$165,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$162,500	$3,100	$0	$165,600
TOTAL				1	$402,200	$7,600	$0	$409,800

2024/08/27 04:10 PM

Scanned with CamScanner

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 57438900		OSPINO RODRIGUEZ LILIANA DE JESUS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 16 # 26 - 15	SANTA MARTA-MAGDALENA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2024-07	2024-07	21826793	9470096537	I	2024/08/02	2024/08/27	BANCO DE OCCIDENTE	25	$409,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Ciudad: 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
1	CC	57438900	OSPINO LILIANA	25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,300,000	$31,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0

Scanned with CamScanner

2024/08/27 04:10 PM

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ 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

LILIANA DE JESUS OSPINO RODRIGUEZ

CON C.C Nº 57.438.900

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERNERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.**

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20242492**	**DE FECHA INICIO**	**01/04/2024**

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 entregue mi turno de acuerdo a la guía.
2	Proporcioné atención en enfermería a pacientes de consulta externa, hospitalizados según las necesidades físicas, fisiológica, psicológicas y sociales.
3	Ejecuté rutinas del servicio (toma de signos vitales, baño en cama, asisitir en la alimentación, toma de glucometría, cambios de posición, arreglo de la unidad, toma de muestra de laboratorio, realizar nopunción y verificar signos de flebitis, instalar y retirar infusiones de líquidos, asepsia a los implementos de trabajo como aspirador, riñorenas, signos, patos cada vez que sea necesario).
4	Realicé ante farmacia los insumos y medicamentos de los pacientes que egresen e ingresen al servicio o cambio por orden de la enfermera.
5	Realicé las respectivas devoluciones a farmacia de insumos o medicamentos que el paciente ya no requiera bajo la supervición de la enfermera.
6	Recibí y entregue a los pacientes a los diferentes servicios con la lista de chequeo correspondiente.
7	Apoyé a la enfermera en marcar el rótulo en la hora de instalar el medicamento.
8	Apoyé al personal de enfermeras en los procedimientos (curaciones, colocación y retiro de sonda vesical, sonda nasogástrica, etc. U otro procedimiento)
9	Realicé seguimiento diario y registre todas las actividades y evoluciones del paciente en la historia clínica durante el turno.
10	Use adecuadamente y racional de elementos, recursos y demás medios institucionales.
11	Observé y reporté los signos de alarma presentados por los pacientes.
12	Atendí a los pacientes con trato humanizado en el turno y/o área asignada de la E. S. E.
13	Tuve comunicación las 24 horas del día para la fácil localización en casos de urgencias, para lo cual certifique mi número de teléfono.
14	Recibí y registre oportunamente los elementos de protección personal y cumplí con el correcto uso de estos. Diligencie correctamente los formatos requeridos en los servicios.
15	Asistí a capacitaciones, programas de formación continua, apropiación de procesos de inducción y re inducción.
16	Realicé notas de enfermería a pacientes asignados en los tiempos reglamentarios.
17	Informé al profesional especializado de seguridad del paciente los incidentes, eventos adversos y participé en reuniones para estudio de estos y todos los que deriven de la atención del paciente.
18	Informé las fallas de material y equipo de servicios.
19	Participé en los programas de enseñanza en servicio para desarrollo de personal. Proporcioné orientación al paciente y al familiar.
20	Realicé asepcia general semanal y diaria cuenado egrese al paciente, registré en el formato correspondiente.
21	Clasifiqué, ordené y controlé las lencerías de los servicios a efecos de reposición de ropas y de vestuario, relacionándose con los servicios de lavandería.
22	Realicé una adecuada segregación de los elementos de protección personal, residuos hospitalarios que se generaron de la atención de los pacientes, de cualquier otro procedimiento y manejo de ropa sucia.
23	Recibí, registré oportunamente los elementos de protección personal y cumplí con el correcto uso de estos. Diligencié correctamente los formatos requeridos en los servicios.
24	Hice los usos correctos de administración de medicamentos.
25	Me adherí a los protocolos, guías y procedimientos requeridos en la prestación del servicio.
26	Reporté inmediatamente cualquier incapacidad a la profesional especializada de la unidad de enfermería.
27	Apliqué los indicadores de Seguridad del Paciente y Humanización del Servicio.
28	Informé a la enfermera y médico de la fuga del paciente.
29	Realicé seguimiento a la administración de los medicamentos por la enfermera.
30	Recibí y entregue a los pacientes a los diferentes servicios con la lista de chequeo correspondiente.
31	Asistí a la ronda médica y a los especialistas, médicos generales durante los procedimientos.
32	Bajo la Resolución 1955 de 1999 y 839 del 2017 cumplir el diligenciamiento de los RIPS, formatos de seguimiento, evaluación, facturación y registro propios de la E. S. E.
33	Garanticè la presencia oportuna, cuando se requiera hacer los procedimientos y laborales propias del auxiliar de enfermería en cualquier servicio de la E. S. E.
34	Respoder por los 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.
35	La suspensión, cancelación y atrasos en la prestación de los servicios por incumplimiento en los turnos asignados sin justificación que ocacionen trastornos y/o alteraciones en la oportunidad de la prestación del servicio, será objeto de glosa de la orden que se genere, el incumplimiento a un turno nocturno no tiene derecho al descanso.
36	Garanticè que la prestación de servicio objeto del contrato cumplan estrictamente con las características y referencias descritas en el presente documento, las cuales se denen ajustar a las normas de calidad de conformidad con lo esablecido por la E. S. E. Hospital Universitario Julio Mendez Barreneche. Adicionalmente la garantía de los servicios ofrecidos debe permitir que estos mantengan su calidad e
37	El valor mensual facturado dependerá de las actividades contratadas y cumplidas por parte del contratista y verificados por el supervisor del contrato.
38	Realice la recogida y limpieza del instrumental empleado en los procedimientos e intervenciones quirúrgicas, así como ayudar al Personal de enfermería en la ordenación de vitrinas.
39	Desarrollé las actividades definidas de acuerdo a la contratación definida por parts con las agendas de turno y horas establecidas mensuales (192h).
40	Arregle a cadáver y entregué al familiar todas las pertenecis del paciente fallecido.
41	Preparè al paciente para procedimientos quirùrgicos y medios de diganosticos como TAC, ecografias, estudios especializados y otros.
42	Lleve el registro de verificacion de los paientes que van para procedimientos quirùrgicos (lista de chequeo).

Scanned with CamScanner

43	Verifiquè que estaba diligenciado el consentimiento para transfusiones sanguíneas, autorización de procedimientos quirúrgicos y de anestesia, declaración de retiro voluntario estén diligenciados.
44	Llene el formato de transfusión sanguínea antes, durante y después de la transfusión.
45	Preparè el equipo y paciente antes, durante y después de la atención del parto.
46	Actualicè el Kardex y tarjetas de medicamento si la enfermera no se encuentra o está ocupada
47	Controlè las entradas y salidas de historias clínicas de su consultorio (prestación de historias clínicas).
48	Surtì a los consultorios de materiales, equipos, etc.
49	Recibì al paciente y la programación de cirugía ambulatoria, verifiquè que no tenga accesorios, no uñas pintadas, no cabellos mojados, el paciente est e 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
50	Arregle a cadáver y entregué al familiar todas las pertenecis del paciente fallecido.
51	Al recibir el paciente procedente de cirugía u otros servicios, verifique que la historia clínica estén todos los registros médicos y de enfermería estén lleno.
52	Respondì por las daños y perjuicios en salud que se le generaron a un usuario por su negligencia, omisión, descuido, olvido exceso o cualquier otra acción imputable a su culpa
53	El valor mensual facturado dependiò de las actividades contratadas y cumplidas por parte del contratista y verificados por el supervisor del contrato
54	Reportè inmediatamente cualquier incapacidad a la profesional especializada de la unidad de enfermería
55	Desarrollè las actividades definidas de acuerdo a contratación definido por partes con las agendas de turno y horas establecidas mensuales (192h)
56	Realicè 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.
57	Preparè el equipo y a la paciente para el monitoreo fetal.
58	Realicé procesos de esterilización del instrumenal, insumos y dispositivos médicos, comprobar el correcto empaquetamieto de este y el cumplimiento de los registros específicos.

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**9470096537**		**APORTES EN LINEA**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SANITAS**	**27/08/2024**	**162.500**
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**	**27/08/2024**	**208.000**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**27/08/2024**	**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:	Liliana Ospino **LILIANA DE JESUS OSPINO RODRIGUEZ**
N°. IDENTIFICACIÓN:	**C.C. 57.438.900**

Scanned with CamScanner