GLORIA MARGARITA AVENDAÑO LOPEZ
36665352
N/A
N/A
AVENDANOGLORIA843@GMAIL.COM

# CUENTA DE COBRO

## DATOS PERSONALES

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Diligenciamiento:** | **2024-10-01** | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS: | GLORIA MARGARITA AVENDAÑO LOPEZ | | |
| DOCUMENTO: | 36665352 | | |
| DIRECCIÓN: | N/A | TELÉFONO: | N/A |
| CORREO ELECTRONICO: | AVENDANOGLORIA843@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: | CD20244765 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APÓYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE. |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| RP: | 5863 | CDP: | 1424 | FECHA INICIO: | 2024-09-18 | FECHA FINAL: | 2024-10-31 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| VALOR CONTRATO: | 4.000.000,00 | VALOR A PAGAR: | 600.000,00 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| BANCO A CONSIGNAR: | BANCOLOMBIA | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | No. CUENTA: | 51672180094 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CDP - ADICION: | N/A | RP - ADICION: | N/A | VALOR ADICION: | 0,00 |

| | |
|---|---|
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **Septiembre** |

## FIRMA

Gloria M. Avendaño Lopez
GLORIA MARGARITA AVENDAÑO LOPEZ
C.C. 36665352 expedida en SANTA MARTA

| | | |
|---|---|---|
| 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**
**GLORIA MARGARITA AVENDAÑO LOPEZ**
**CON C.C N° 36665352**

**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.** | **CD20244765** | **DE FECHA INICIO** | 18/09/2024 |

| 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 | Recibi y entregue 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 | Realice 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 | Recibi y entregue a los pacientes a los diferentes servicios con la lista de chequeo correspondiente |
| 8 | Asisti a la ronda médicas y durante los procedimientos de estos |
| 9 | Apoye al personal de enfermeras en los procedimientos (curaciones, colocación y retiro de sonda vesical, sonda nasogástrica, E.C.G, y otros procedimientos) y en marcar los rótulos en la hora de instalar el medicamento |
| 10 | Realice durante el turno, seguimiento diario y registrar todas las actividades y evoluciones del paciente en la historia clinica (notas de Enfermeria), en los tiempos reglamentados |
| 11 | Observe y reporte de signos de alarma presentados por sus pacientes |
| 12 | Informe 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 | Proporcione orientación al paciente y familiar |
| 14 | Atendi a los pacientes con trato humanizado en el turno y / o área a asignada de la E.S.E |
| 15 | Realice asepsia general semanal y diaria cuando egrese el paciente, registrar en el formato correspondiente. |
| 16 | Clasifique ordene y controle las lencerias de los servicios a efectos de reposición de ropas y de vestuario, relacionándose con los servicios de lavanderia. |
| 17 | Realice 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 | Recibi, registre oportunamente los elementos de protección personal y cumplir con el correcto uso de estos. |
| 19 | Realice los usos correctos de administración de medicamentos |
| 20 | Practique Adherencia a protocolos, guías y procedimientos requeridos en la prestación del servicio. |
| 21 | Conduci a los usuarios a los distintos servicios y a otras instituciones de salud. |
| 22 | Realice Arreglo del cadáver y entregarle al familiar todas las pertenencias del paciente fallecido |
| 23 | Informe a la enfermera y médico de la fuga del paciente |
| 24 | Realice seguimiento a la administración de los medicamentos por la enfermera (farmacovigilancia) |
| 25 | Realice procesos de esterilización del instrumental, insumos y dispositivos médicos, comprobar el correcto empaquetamiento de este y el cumplimiento de los registros específicos. |
| 26 | Prepare 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 | Clasifique 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 especificos. |
| 28 | Proporcione desde la zona intermedia todo el material necesario para la intervención (hojas bisturies, apósitos...), y mantiene la zona repuesta, limpia y ordenada. |
| 29 | Traslade al paciente a quirófano y realizar el monitoreo completo (pulsioxímetro, tensiómetro, electrodos, placa de bisturí) para iniciar 'procedimientos quirúrgicos (.. |
| 30 | Asegure el correcto etiquetado de las muestras biológicas obtenidas durante la intervención y de su envío a los laboratorios correspondientes (Anatomía Patológica, Microbiología, etc.). |
| 31 | Revice el funcionamiento de los equipos y elementos que se encuentran en la ambulancia y otros servicios: pulsoximetro, aspirador, tensiómetro, el desfibrilador, etc. |

| | |
|---|---|
| 32 | Ayude al médico en las maniobras de "soporte vital básico" (SVB) y "soporte vital avanzado" (SVA) que se aplique al enfermo crítico. |
| 33 | Movilice e inmovilice 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, número de cama asignada, verificar el estado del paciente, para ver si se puede transportar en silla de rueda o en camilla, verificar el acompañamiento del familiar, mirar las condiciones de las venas, si están permeables y con angiocath No. 18 y reciente. |
| 35 | Prepare paciente para procedimientos quirúrgicos y medios de diagnósticos como TAC, ecografías, estudios especializados y otros. |
| 36 | Lleve el registro de verificación de los pacientes que van para procedimientos quirúrgicos (lista de chequeos). |
| 37 | Verifique que este diligenciado el consentimiento para transfusiones sanguíneas, autorización de procedimientos quirúrgicos y de anestesia, declaración de retiro voluntario estén diligenciados. |
| 38 | Llene el formato de transfusión sanguínea antes, durante y después de la transfusión. |
| 39 | Prepare del equipo y paciente antes, durante y después de la atención del parto. |
| 40 | Realice Atención del Recién Nacido |
| 41 | Prepare el equipo y a la paciente para el monitoreo fetal. |
| 42 | Realice Actualización de Kardex y tarjetas de medicamento si la enfermera no se encuentra o está ocupada |
| 43 | Controle las entradas y salidas de historias clínicas de su consultorio (prestación de historias clínicas). |
| 44 | Surti a los consultorios de materiales, equipos, etc. |
| 45 | Recibi 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 | Recibi el paciente procedente de cirugía u otros servicios, verificar que la historia clínica estén todos los registros médicos y de enfermería estén lleno. |
| 47 | Recogi las facturas de los pacientes y verificar que estos aparezca en el sistema. |
| 48 | Bajo la resolución 1955 de 1999 y 839 del 2017 Cumplir con el diligenciamiento de los RIPS, formatos de seguimiento, evaluación, facturación y registro propios de la E.S.E. |
| 49 | Realice Uso adecuado y racional de elementos, recursos y demás medios institucionales. |
| 50 | Garantice 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 | 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 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 | Reportar inmediatamente cualquier incapacidad a la profesional especializada de la unidad de enfermería |
| 56 | Desarrolle las actividades definidas de acuerdo a contratación definido por partes con las agendas de turno y horas establecidas mensuales (192h) |
| 57 | Asistencia a capacitaciones, programas de formación continua, y apropiación de procesos de inducción y reinducción. |
| 58 | Garantice 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 normas de calidad de conformidad con lo establecido por la E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche. Adicionalmente la garantía de los servicios ofrecidos debe permitir que estos mantengan su calidad e idoneidad. |
| 59 | Realice 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:** | **N/A** | **OPERADOR:** | **N/A** |
| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
| **SALUD:** | **NUEVA EPS** | **CERTIFICACION** | **N/A** |
| **PENSIÓN:** | **PORVENIR** | **CERTIFICACION** | **N/A** |
| **RIESGOS LABORALES:** | **POSITIVA** | **CERTIFICACION** | **N/A** |

**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 período correspondiente

| | |
|---|---|
| **FIRMA DEL CONTRATISTA:** | |
| **Nº. IDENTIFICACIÓN:** | **36.665.352** |

# ACTA DE INICIO CONTRATO Nº CD20244765

| | |
|---|---|
| **ENTIDAD:** | HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE E.S.E. |
| **CONTRATISTA:** | **GLORIA MARGARITA AVENDAÑO LOPEZ** |
| **VALOR:** | $4.000.000 ( CUATRO MILLONES DE PESOS) M/L. |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |
| **CRP Nº** | **5863 DEL 18 DE SEPTIEMBRE DE 2024** |
| **TÈRMINO DE EJECUCIÓN:** | EL PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO ES APARTIR DE SU LEGALIZACION ( REGISTRO PRESUPUESTAL (RP) Y SUSCRIPCION ACTA DE INICIO ) HATA EL 31 DE OCTUBRE DE 2024. |

Entre los suscritos a saber **AURA STELLA DAZA PEÑA**, **Profesional Especializado Unidad Funcional De Enfermeria**, y quien actúa como supervisor del contrato Nº **CD20244765** y por la otra parte **GLORIA MARGARITA AVENDAÑO LOPEZ** en calidad de contratista quienes se reúnen para dar inicio al contrato en mención, cuyo objeto es el mencionado en la parte del presente documento.

Para constancia, se firma en Santa Marta, D.T.C.E.H., **18 DE SEPTIEMBRE DE 2024**

Supervisor:

**AURA STELLA DAZA PEÑA**
**CC. Nº 36.541.888**

Contratista:

**GLORIA MARGARITA AVENDAÑO LOPEZ**
**CC. Nº 36665352**

mutualser

# CERTIFICA QUE

El (La) Señor(a) **GLORIA MARGARITA AVENDAÑO LOPEZ** identificado con **Cédula de ciudad** número **36665352** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **COTIZANTE**.

| | |
|---|---|
| Estado Afiliado: | **Activo** |
| IPS de atención: | **MVC INVERSIONES SAS** |
| Categoria: | **A** |
| Fecha afiliación: | **13/09/2024** |
| Régimen: | **Contributivo** |

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) a **QUIEN INTERESE** , el 13 septiembre del 2024. Esta es el Reflejo de la información registrada en nuestro sistema de informaci hoy.

**Observaciones:**

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web: www.mutualser.org
- Línea permanente 24 Horas 018000116882 o #603

Cordialmente,

LUIS BARRAZA

Director de Operaciones - Contributivo

infocontributivo@mutualser.com

MUTUAL SER EPS



Powered by CamScanner

porvenir
sólo hay uno

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.**
En su condición de administradora del
**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**
NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**GLORIA MARGARITA AVENDAÑO LOPEZ,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **36.665.352,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 1 de Octubre del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

## POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

## HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **GLORIA MARGARITA AVENDAÑO LOPEZ** identificado con **CC** No. **36665352**, registra la siguiente información.

| Datos del Contratante | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE - NI. 891780185 | **Fecha de inicio de cobertura:** 21/09/2024<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Fecha de inicio de Contrato:** 01/10/2024<br>**Fecha fin de Contrato:** 30/11/2024<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE<br>**Clase de Riesgo:** 3 |

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 2024010207094.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 1 días del mes de octubre de 2024.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**