HUMB	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 MARGELIS MARIA VASQUEZ RUA identificado con C.C. 57462644

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:	CD20242505	RP:	2910	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:	NINA VANESSA DIAZ ACOSTA				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

CDP - ADICION:	977	RP - ADICION:	5311	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

MARGELIS MARIA VASQUEZ RUA
57462644
CRA 28 # 29A-37
6054333881
MARGELISRUA@HOTMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	2024-10-28		
NOMBRES Y APELLIDOS:	MARGELIS MARIA VASQUEZ RUA		
DOCUMENTO:	57462644		
DIRECCIÓN:	CRA 28 # 29A-37	TELEFONO:	6054333881
CORREO ELECTRONICO:	MARGELISRUA@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:	CD20242505						
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:	2910	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:	117100078221
CDP - ADICION:	977	RP - ADICION:	5311	VALOR ADICION:	4.000.000,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Octubre**						

FIRMA

MARGELIS MARIA VASQUEZ RUA
C.C. 57462644 expedida en SANTA MARTA

Powered by CamScanner

HUMB HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	CODIGO: GJGDSF 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

MARGELIS MARIA VASQUEZ RUA

CON C.C N° 57462644

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 E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20242505	DE FECHA INICIO	1/04/2024

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 especificas del objeto del contrato)
1	Recibi y entregue el turno de acuerdo a la guia.
2	Proporcione atencion de enfermeria a pacientes de consulta externa, hospitalizados segun las necesidades fisicas, fisiologicas, psicologicas y sociales(toma de signos vitales, baño en cama, asistir en la alimentación, toma de glucometria, cambios de posicion, arreglo de la unidad, toma de muestra de laboratorio, realizar venopunción y verificar signos de febitis, instalar y retirar infusiones de liquidos, 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	Informe de las fallas de material y equipos de servicios
6	Realize las respectivas solicitudes y devoluciones a farmacia de insumos o medicamentos de los pacientes que ingresen y egresen bajo la supervision de la enfermera.
7	Recibi y entregar 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	Apoyé 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	Realize durante el turno, seguimiento diario y registrar todas las actividades y evoluciones del paciente en la historia clínica (notas de Enfermeria), en los tiempos reglamentados
11	Observé y reporte de signos de alarma presentados por sus 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 atencion del paciente
13	Proporcioné orientacion al paciente y familiar
14	Atendí a los pacientes con trato humanizado en el turno y / o área a asignada de la E.S.E
15	Realize asepsia general semanal y diaria cuando egrese el paciente, registrar en el formato correspondiente
16	Clasifiqué, ordenar y controlar las lencerías de los servicios a efectos de reposición de ropas y de vestuario, relacionándose con los servicios de lavandería
17	Realize una adecuada segregación de los elementos de proteccion personal, residuos hospitalarios que se generen de la atención de los pacientes, de cualquier otro procedimiento y manejo de ropa sucia
18	Recibí, registrar oportunamente los elementos de protección personal y cumplir con el correcto uso de estos.
19	Hice los usos correctos de administración de medicamentos
20	Adherí 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	Arreglé cadáver y entregarle al familiar todas las pertenencias del paciente fallecido
23	Informé a la enfermera y médico de la fuga del paciente
24	Realize seguimiento a la administración de los medicamentos por la enfermera (farmacovigilancia)
25	Realize procesos de esterilizacion del instrumental, insumos y dispositivos médicos, comprobar el correcto empaquetamiento de este y el cumplimiento de los registros especificos.
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 segun caracteristicas, Colaborar en la puesta en marcha de los aparatos, cumplimentar los registros especificos.
28	Proporcioné desde la zona intermedia todo el material necesario para la intervencion (hojas bisturies, apósitos...), y mantiene la zona repuesta, limpia y ordenada.
29	Trasladé al paciente a quirófano y realizar el monitoreo completo (pulsioximetro, tensiómetro, electrodos, placa de bisturi) para iniciar procedimientos quirúrgicos
30	Aseguré el correcto etiquetado de las muestras biológicas obtenidas durante la intervención y de su envio a los laboratorios correspondientes (Anatomia Patológica, Microbiologia, etc.).
31	Revisé el funcionamiento de los equipos y elementos que se encuentran en la ambulancia y otros servicios, pulsoximetro, aspirador, tensiometro, 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	Movilize al paciente con seguridad y rapidez, en problemas traumatológicos y psiquiátrico, etc,
34	realizé 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	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 esten diligenciados
38	Llené el formato de transfusión sanguínea antes, durante y después de la transfusión.

Powered by CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Soi

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN	CÉDULA DE CIUDADANIA	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	57462644
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			MARBELIS MARIA VASQUEZ RUA
CIUDAD/MUNICIPIO	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO	MAGDALENA
DIRECCIÓN	CRA 28 N 29A 37 VILLA DEL RIO	TELÉFONO	2222222
TIPO APORTANTE	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA	Actividades regulatorias y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA	01 AAA
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA		45755311548	TIPO DE PLANILLA
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	10	PERIODO COTIZACIÓN SALUD
DIAS DE MORA		0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)		2024/10/28	NUMERO AUTORIZACIÓN

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
23301	23301-PORVENIR	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.700	$ 0	$ 208.000	$ 2.700	$ 0	$ 210.700
SUBTOTALES													

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS035	EPS035-SANITAS S.A	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 2.100	$ 0	$ 162.500	$ 2.100	$ 0	$ 164.600
SUBTOTALES																

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR		PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 37.700	$ 37.700	$ 600	$ 0	$ 38.300
SUBTOTALES									$ 37.700	$ 600	$ 0	$ 38.300

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																															
Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	EXTRANJERO NO OBLIGADO A COTIZAR PENSIÓN	EXTRANJERO RESIDENTE	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	SEGURIDAD SOCIAL																																					
																											PENSIÓN												SALUD								ARL															
																											ADMIN	FONDO	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	FONDO	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	CLASE	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	IBC	ADMIN	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL
																															SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																																
	CC 57462644	MARBELIS MARIA VASQUEZ RUA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO																	23301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	PS035-SANITAS S.A	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	14	$ 1.300.000	2	$ 37.700	$ 1.300.000						

TOTAL	$ 407.500

Planilla Pagada

Powered by CamScanner

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20242505 DEL 2024

NO. DEL CONTRATO	**CD20242505 DE 2024**
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**MARGELIS MARIA VASQUEZ RUA**
NO. DE IDENTIDAD	**57462644**
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	CATORCE MILLONES DE PESOS M/C ($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 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	977
REGISTRO PRESUPUESTAL	2910
REGISTRO PRESUPUESTAL ADICION	5311
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 Subgerente científica, quien actúa como supervisor del contrato **CD20242505,** por otra parte, **MARGELIS MARIA VASQUEZ RUA**, identificado con la cedula de ciudadanía No. **57462644** 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,

MARGELIS MARIA VASQUEZ RUA
CC. 57462644

Powered by CamScanner