HJMB E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ 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 STEPHANIE GREYS TORRES PAREJO Identificado con C.C. 1083468434

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:	CD20242567	RP:	2968	CDP:	510
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	10.000.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	2.000.000,00		
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

Powered by CamScanner

STEPHANIE GREYS TORRES PAREJO
1083468434
CLL 19 17-6
3043489487
STEPHAMIETORRES061989@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2024-08-28**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	STEPHANIE GREYS TORRES PAREJO		
DOCUMENTO:	1083468434		
DIRECCIÓN:	CLL 19 17-6	TELÉFONO:	3043489487
CORREO ELECTRONICO:	STEPHAMIETORRES061989@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:	CD20242567						
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:	2968	CDP:	510	FECHA INICIO:	2024-04-01	FECHA FINAL:	2024-08-31
VALOR CONTRATO:	10.000.000,00			VALOR A PAGAR:	2.000.000,00		
BANCO A CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	220486849		
CDP - ADICION:	0	RP - ADICION:	0	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Agosto**						

FIRMA

Stephanie Torres Parejo

STEPHANIE GREYS TORRES PAREJO
C.C. 1083468434 expedida en CIENAGA

Powered by CamScanner

	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

STEPHANIE GREYS TORRES PAREJO

CON C.C N° 1083468434

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	CD20242567	DE FECHA INICIO	31/3/2024	

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)II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO
1	Recibi y entrege 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 entregre a los pacientes a los diferentes servicios con la lista de chequeo correspondiente
8	Asisti a la ronda médica 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:CG, 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	Hice los usos correctos de administración de medicamentos
20	Me adheri a protocolos, guias y procedimientos requeridos en la prestación del servicio.
21	Conduci a los usuarios a los distintos servicios y a otras instituciones de salud
22	No se realizo arreglo de cadáver y entregarlo al familiar todas las pertenencias del paciente fallecido
23	Se informo a la enfermera y médico de la posible fuga del paciente
24	Realice seguimiento a la administración de los medicamentos por la enfermera (farmacovigilancia)
25	No se realiza procesos de esterilización del instrumental, insumos y dispositivos médicos, comprobar el correcto empaquetamiento de este y el cumplimiento de los registros especificos.
26	No se prepara en el servicio los paquetes de material (confección de apósitos de gasa, torundas y otro material), Colocar los controles quimicos y biológicos necesarios, Poner las fechas de envasado, Cerrar los sobres de material.
27	No se Clasifica en el servicio el material de esterilización, comprobar el correcto empaquetamiento, Introducir los diferentes paquetes según caracteristicas, Colaborar en la puesta en marcha de los aparatos, cumplimentar los registros especificos.
28	No se proporciona desde el servicio la zona intermedia todo el material necesario para la intervención (hojas bisturies, apósitos...), y mantiene la zona repuesta, limpia y ordenada.
29	Traslado al paciente a quirófano y realize el monitoreo completo (pulsioximetro, tensiómetro, electrodos, placa de bisturi) para iniciar procedimientos quirúrgicos,

Powered by CamScanner

	Vele el correcto etiquetado de las muestras biológicas obtenidas durante la intervención y de su envio a los laboratorios correspondientes (Anatomia Patológica, Citologia, etc.)
	Revise el funcionamiento de los equipos y elementos que se encuentran en la ambulancia y otros servicios: pulsoximetro, aspirador, tensiómetro, el desfibrilador, etc.
32	No se realizaron maniobras de "soporte vital básico" (SVB) y "soporte vital avanzado" (SVA) que se aplique al enfermo critico.
33	Movilice e inmovilice al paciente con seguridad y rapidez, en problemas traumatológicos y psiquiátrico. etc,
34	Se realizo el traslado de pacientes a otros servicios 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 anglocath No.24, 22 y reciente.
35	Prepare paciente para procedimientos quirúrgicos y medios de diagnósticos como TAC, ecografias, 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 sanguineas, autorización de procedimientos quirúrgicos y de anestesia, declaración de retiro voluntario estén diligenciados.
38	Llene el formato de transfusión sanguinea antes, durante y después de la transfusión.
39	No se realiza en el servicio la preparación del equipo y paciente antes, durante y después de la atención del parto, en este servicio
40	No se realiza atención del Recién Nacido en este servicio
41	No se realiza preparacion del equipo y a la paciente para el monitoreo fetal en este servicio
42	Realice actualización de Kardex y tarjetas de medicamento cuando enfermera no se encuentra o está ocupada
43	Controle las entradas y salidas de historias clinicas de del servicio (prestación de historias clinicas).
44	No se realiza en el servicio el surtir a los consultorios de materiales, equipos, etc.
45	Recibi al paciente y la programación de cirugia ambulatoria, verifique 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 enfermeria, verificar la autorización para la cirugia, Admisionar, y trasladar al piso correspondiente
46	Verifique que el paciente procedente de cirugia u otros servicios, tenga la historia clinica estén todos los registros médicos y de enfermeria estén lleno.
47	Recogi las facturas de los pacientes y verificar que estos aparezca en el sistema.
48	No se realiza en el servicio la supervicion 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	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 enfermeria en cualquier servicio de la E.S.E
51	Responda 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	Tuve comunicación las 24 horas del dia para su fácil localización en casos de urgencias, para lo cual deberán certificar el número telefónico.

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9470303147	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	26/8/2024	162.500
PENSIÓN:	PORVENIR	26/8/2024	208.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	26/8/2024	31.700

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 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 periodo correspondiente

FIRMA DEL CONTRATISTA:	Stephanie Torres Pabrejo
N°. IDENTIFICACIÓN:	1083468434

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

en línea

ATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
C 1083468434		TORRES PAREJO STEPHANIE GREYS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle19 N17-76	CIENAGA-MAGDALENA	3043489487	No

ATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
024-07	2024-07	67479270	9470303147	I	2024/08/09	2024/08/26	BANCO DE OCCIDENTE	17	$407,500

ESUMEN DE PAGO

ESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
FP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$2,700	$0	$210,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$2,700	$0	$210,700
RL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$500	$0	$32,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$31,700	$500	$0	$32,200
PS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$2,100	$0	$164,600
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,254	2	1	$162,500	$2,100	$0	$164,600
OTAL				1	$402,200	$5,300	$0	$407,500

Powered by CamScanner

enlínea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificacion	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1083468434		TORRES PAREJO STEPHANIE GREYS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle19 N17-76	CIENAGA-MAGDALENA	3043489487	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-07	2024-07	67479270	94702303147	I	2024/08/09	2024/08/26	BANCO DE OCCIDENTE	17	$407,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificacion	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aport
[illegible]					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$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	
Ciudad: CIENAGA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	
1	CC	1083468434	TORRES STEPHANIE	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS037	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,300,000	$31,700	0	$0	
Total	Afiliados(1)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	