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 LILIANA BEATRIZ MAESTRE CARDENAS identificado con C.C. 57432434

Fecha de Diligenciamiento:	2024-09-25

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:	CD20242491	RP:	2897	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:	AURA STELLA DAZA PEÑA				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

CDP - ADICION:	965	RP - ADICION:	5306	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 Septiembre

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

AURA STELLA DAZA PEÑA
36541888
UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA

Powered by CamScanner

LILIANA BEATRIZ MAESTRE CARDENAS
57432434
MANZANA 36 CASA 5 - CIUDADELA 29 DE JULIO
4352421
CADIAZGRANADOS@HOTMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2024-09-25**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	LILIANA BEATRIZ MAESTRE CARDENAS		
DOCUMENTO:	57432434		
DIRECCION:	MANZANA 36 CASA 5 - CIUDADELA 29 [	TELÉFONO:	4352421
CORREO ELECTRONICO:	CADIAZGRANADOS@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:	CD20242491
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:	2897	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:	BOGOTA			TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	564847531
CDP - ADICION:	965	RP - ADICION:	5306	VALOR CONTRATO CON ADICION:	4.000.000,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:				**Septiembre**			

FIRMA

LILIANA BEATRIZ MAESTRE CARDENAS
C.C. 57432434 expedida en SANTA MARTA

Powered by CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	57432434
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	LILIANA BEATRIZ MAESTRE CARDENAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA
DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	CLL 26 BIS N 7D 17 LA ESPERANZA
TELÉFONO:	4352421
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE
CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA
ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	4566244709
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES agosto AÑO 2024
DÍAS DE MORA:	11
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/09/20
TIPO DE PLANILLA:	[illegible]
PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES agosto AÑO [illegible]
NÚMERO AUTORIZACIÓN:	[illegible]

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.700	$ 0	$ 208.000	$ 1.700	[illegible]
SUBTOTALES:										$ 208.000	$ 1.700	[illegible]

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 1.400	$ 0	$ 162.500	$ 1.400	$ 0	[illegible]
SUBTOTALES:													$ 162.500	$ 1.400	$ 0	[illegible]

Planilla Pagada

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 31.700	$ 31.700	$ 300	$ 0	$ 32.0[illegible]
SUBTOTALES:									$ 31.700	$ 300	$ 0	$ 32.0[illegible]

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA
1	CC 57432434	MAESTRE CARDENAS LILIANA BEATRIZ	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
230201-PROTECCION	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500

SEGURIDAD SOCIAL — ARP

ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000	57432434	$ 31.700

PARAFISCALES

DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINED[illegible] TOTAL APORTE
	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ [illegible]

TOTAL	$ 405.600

Planilla Pagada

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	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 BEATRIZ MAESTRE CARDENAS

CON C.C Nº 57432434

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.	CD20242491	DE FECHA INICIO	1/4/2024

	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	RECIBIR ENTREGAR ACUERDO A LA GUIA
2	PROPORCIONAR ATENCION DE ENFERMERIA A PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZADOS
3	ASISTIR AL PACIENTE A LA ALIMENTACIONN ENTERAL Y PARENTERAL
4	INFORMAR AL ENFERMERO DE TURNO Y A LA PROFESIONAL ESPECIALIZADA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE LOS INCIDENTES,EVENTOS ADVERSOS PRESENTADOS
5	INFORME DE LAS FFALLAS DE MATERIAL Y EQUIPOS DE SERVICIO
6	REALIZAR LAS RESPECTIVAS SOLICITUDES Y DEVOLUCIONES A LA FARMACIA DE INSUMOS O MEDICAMENTO DE LOS PACIENTES QUE INGRESEN EGRESEN BAJO LA SUPERVISION DE LA ENFERMERIA
7	RECIBIR Y ENTREGAR A LOS PACIENTES DIFERENTES SERVICIOS CON LA LISTA DE CHEQUEO CORRESPONDIENTE
8	ASISTIR A LA RONDA MEDICAS Y DUSRANTE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTOS
9	APOYAR AL PERSONAL DE ENFERMERIAS EN LOS PROCEDIMIENTOS (CURACIONES,COLOCACION Y RETIRO DE SONDA VESICAL , SONDA NASOGÁSTRICA , E:GC Y OTROS PROCEDIMIENTOS) EN MARCAR LOS RÓTULOS EN LA HORA DEL MEDICAMIENTO
10	RELIZAR DURANTE EL TURNO , SEGUIMIENTO DIARIO Y REGISTRAR TODAS LAS ACTIVIDADES Y EVOLUCIONES DEL PACIENTE EN LA HSITORIA CLINICA (NOTAS DE ENFERMERIA) , EN LOS TIEMPOS REGLAMENTADOS
11	OBSERVACION Y REPORTE DE SIGNOS DE ALARMA PRESENTADO POR SUS PACIENTES
12	INFORMAR A LA PROFESIONAL ESPECIALIZADA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE LOS INCIDENTES , EVENTOS ADVERSOS Y PARTICIPAR EN REUNIONES PARA EL ESTUDIO DE ESTOS Y TODOS LOS QUE DERIVEN DE LA ATENCION DEL PACIENTE
13	PROPORCIONAR ORIENTACIÓN AL PACIENTE Y FAMILIAR
14	ATENDER A LOS PACEINTES CON TRATO HUMANIZADO EN EL TURNO Y /O ÁREA A ASIGNADA DE LA E.S.E
15	REALIZAR ASEPSIA GENERAL SEMANAL Y DIARIA CUANDO EGRESE EL PACIENTE , REGISTRAR EN EL FORMATO CORRESPONDIENTE
16	CLASIFICAR , ORDENAR Y CONTROLAR LAS LENCERIAS DE LOS SERVICIOS A EFECTOS DE REPOSICIÓN DE ROPAS Y DE VESTUARIO , RELACIONÁNDOSE CON LOS SERVICIOS DE LAVANDERIA
17	REALIZAR UNA ADECUADA SEGREGACIÓN DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL , RESIDUOS HOSPITALARIOS QUE SE GENEREN DE LA ATENCION DE LOS PACIENTES , DE CUALQUIER OTRO PROCEDIMIENTO Y MANEJO DE ROPA SUCIA
18	RECIBIR , REGISTRAR OPORTUNAMENTE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y CUMPLIR CON EL USO DE ESTOS
19	HACER LOS USOS CORRECTOS DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS
20	ADHERENCIA A PROTOCOLOS , GUIAS Y PROCEDIMIENTOS REQUERIDOS EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO
21	CONDUCIR A LOS USUARIOS A LOS DISTINTOS SEVICIOS Y A OTRAS INSTITUCIONES DE SALUD
22	ARREGLO DEL CADAVER Y ENTREGARLE AL FAMILIAR TODAS LAS PERTENCIAS DEL PACIENTE FALLECIDO
23	INFORMAR A LA ENFERMERA Y MEDICOS DE LA FUGA DE PACIENTE
24	REALIZAR SEGUIMIENTO A LA ADMINISTRACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS POR LA ENFERMERA (FARMACOVIGILANCIA)
25	REALIZAR PROCESOS DE ESTERILIZACIÓN DEL INSTRUMENTAL , INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS, COMPROBAR EL CORRECTO EMPAQUETAMIENTO DE ESTE Y EL CUMPLIMIENTO DE LOS REGISTROS ESPECIFICOS
26	PREPARAR 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	CLASIFICAR 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	PROPORCIONA DESDE LA ZONAA INTERMEDIA TODO EL MATERIAL NECESARIO PARA LA INTERVENCIÓN (HOJAS , BISTURIES, APÓSITOS ...) Y MANTIENE LA ZONA REPUESTA, LIMPIA Y ORDENADA
29	TRASLADAR AL PACIENTE AL QUIRÓFANO Y REALIZAR EL MONITOREO COMPLETO (PULSIOXIMETRO, TENSIÓMETRO,ELECTRODOS, PLACA DE BISTURI) PARA INICIAR PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS
30	ASEGURAR EL CORRECTO ETIQUETADO DE LAS MUESTRAS BIOLÓGICAS OBTENIDAS DURANTE LA INTERVENCIÓN Y DE SU ENVIO A LOS LABORATORIOS CORRESPONDIENTES (ANATOMIA PATALÓGICA, MICROBIOLOGIA , ETC.)
31	REVISAR EL FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS Y ELEMENTOS QUE SE ENCUENTRAN EN LA AMBULANCIA Y OTROS SERVICIOS : PULSOXIMETRO,ASPIRADOR , TENSIÓMETRO, EL DESFIBRILADOR, ETC.
32	AYUDAR AL MEDICO EN LAS MANIOBRAS DE " SOPORTE VITAL BASICO " (SVC) Y "SOPORTE VITAL AVANZADO" (SVA) QUE SE APLIQUE AL ENFERMO CRITICO
33	MOVILIZAR E INMOVILIZAR 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
35	PREPARACIÓN DEL PACIENTE PARA PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y MEDIOS DE DIAGNÓSTICOS COMO TAC , ECOGRAFIAS , ESTUDIOS ESPECIALIZADOS Y OTROS.

Powered by CamScanner

36	LLEVAR EL REGISTRO DE VERIFICACIÓN DE LOS PACIENTES QUE VAN PARA PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS (LISTA DE CHEQUEOS).
37	VERIFICAR QUE ESTE DILIGENCIADO EL CONSENTIMIENTO PARA LAS TRANFUSIONES SANGUINEAS , AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y DE ANESTECIA, DECLARACIÓN DE RETIRO VOLUNTARIO ESTÉN DILIGENCIADOS
38	LLENAR EL FORMULARIO DE TRANFUSIÓN SANGUINEA ANTES , DURANTE , Y DESPUÉS DE LA TRANSFUSIÓN.
39	PREPARACIÓN DEL EQUIPO Y PACIENTE ANTES,DURANTE Y DESPUÉS DE LA ATENCIÓN DEL PARTO
40	ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO
41	PREPARAR EL EQUIPO Y A LA PACIENTE PARA EL MONITOREO FETAL
42	ACTUALIZACION DEL KARDEX Y TARJETAS DE MEDICAMENTOS SI LA ENFERMERA NO SE ENCUENTRA O ESTÁ OCUPADA
43	CONTROLAR LAS ENTRADAS Y SALIDAS DE HISTORIA CLINICAS DE SU CONSULTORIO (PRESTACIÓN DE HISTORIAS CLINICAS).
44	SURTIR A LOS CONSULTORIOS DE MATERIALES , EQUIPOS , ETC.
45	RECIBIR AL PACIENTE Y LA PROGRAMACIÓN DE CIRUGIA AMBULATORIA , VERIFICAR QUE NO TENGA ACCESORIOS , NO UÑAS PINTADAS , NO CABELLOS MOJADOS, EL PACIENTES ESTE AFECTADO EN LA ZONA DE INSECIÓN, VERIFICAR LOS DOCUMENTOS DE ESTE, QUE ESTÉN COMPLETOS Y ACTUALIZADOS , HACER LAS NOTAS DE ENFERMERIA , VERIFICAR LA AUTORIZACIÓN PARA LA CIRUGIA ,
46	AL RECIBIR EL PACIENTE PROCEDENTE DE CIRUGIA U OTROS SERVICIOS , VERIFICAR QUE LA HISTORIA CLINICA ESTÉN TODOS LOS REGISTROS MÉDICOS Y DE ENFERMERIA ESTÉN LLENO.
47	RECOGER 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 SEGUIMIENTOS , EVALUACIÓN , FACTURACIÓN Y REGISTRO PROPIOS DE LA E.S.E
49	USO ADECUADO Y RACIONAL DE ELEMENTOS , RECURSOS Y DEMÁS MEDIOS INSTITUCIONALES
50	GARANTIZAR 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	RESPONDER POR LOS DAÑOS Y PERJUICIOS EN SALUD QUE SE 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 DIA PARA SU FÁCIL LOCALIZACIÓN EN CASOS DE URGENCIAS, PARA LO CUAL DEBERÁN CERTIFICAR EL NÚMERO TELEFÓNICO
53	LA SUSPENCIÓN , CANCELACIÓN Y ATRASOS EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS POR INCUMPLIMIENTO EN LOS TURNOS ASIGNADOS SIN JUSTIFICACIÓN QUE OCASIONEN TRANSTORNOS Y O ALTERACIONES EN LA OPORTUNIDAD DE LA PRESTACION DEL SERVICIO , SERÁN OBJETO DE GLOSAS DE LA ORDEN QUE SE GENERE , EL INCUMPLIMIENTO A UN TURNO NOCTURNO NO TIENE DERECHO
54	EL VALOR MENSUAL FACTURADO DEPENDERÁDE 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 ENFERMERIA
56	DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES DEFINIDAS DE ACUERDO A CONTRATACIÓN DEFINIDO PÓR 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	GARANTIZAR QUE LA PRESTACION DEL SERVICIO OBJETO DEL CONTRATO CUMPLAN ESTRICTAMENTE CON LAS CARACTERISTICAS Y REFERENCIAS DESCRITAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO , LAS CUALES SE DEBEN AJUSTAR A LAS NORMAS DE CALIDAD DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA ESE.HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE . ADICIONALMENTE LA GARANTIA DE LOS SERVICIOS OFRECIDOS DEBE PERMITIR QUE ESTOS MANTENGAN SU CALIDAD E IDONEIDAD

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	4566244709	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	20/9/2024	162,500
PENSIÓN:	PROTECCION	20/9/2024	208,000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	20/9/2024	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:	CC.57432434

Powered by CamScanner