| | | | |
|---|---|---|---|
| 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 GRACE DEL CARMEN DEL RIO MENDOZA identificado con C.C. 36721366**

| Fecha de Diligenciamiento: | 2024-11-26 |
|---|---|

## 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: | CD20245446 | RP: | 6975.0 | CDP: | 1579 |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO: | 4.200.000,00 | VALOR DE HONORARIOS PERIODO: | | | 2.100.000,00 |
| FECHA DEL ACTA DE INICIO: | 2024-11-16 | FECHA DE FINALIZACION: | | | 2024-12-31 |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | AURA STELLA DAZA PEÑA | | | | |
| UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA | | | | |

## II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CDP - ADICION: | N/A | RP - ADICION: | N/A | 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 Noviembre

## V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

AURA STELLA DAZA PEÑA
36541888
UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA



Escaneado con CamScanner

GRACE DEL CARMEN DEL RIO MENDOZA
36721366
CALLE 23 NO. 19 - 26 NARANJOS
000000
DIVAGRACE06@HOTMAIL.COM

# CUENTA DE COBRO

## DATOS PERSONALES

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Diligenciamiento:** | **2024-11-26** | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS: | GRACE DEL CARMEN DEL RIO MENDOZA | | |
| DOCUMENTO: | 36721366 | | |
| DIRECCIÓN: | CALLE 23 NO. 19 - 26 NARANJOS | TELÉFONO: | 000000 |
| CORREO ELECTRONICO: | DIVAGRACE06@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: | CD20245446 | | | | | | |
| 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: | 6975. | CDP: | 1579 | FECHA INICIO: | 2024-11-16 | FECHA FINAL: | 2024-12-31 |
| VALOR CONTRATO: | 4.200.000,00 | | | VALOR A PAGAR: | 2.100.000,00 | | |
| BANCO A CONSIGNAR: | DAVIVIENDA | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | No. CUENTA: | 550117100077785 |
| CDP - ADICION: | N/A | RP - ADICION: | N/A | VALOR ADICION: | 0,00 | | |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **Noviembre** | | | | | | |

## FIRMA

Grace del Rio Mendoza

GRACE DEL CARMEN DEL RIO MENDOZA
C.C. 36721366 expedida en SANTA MARTA

Escaneado con CamScanner

| | | |
|---|---|---|
| E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO 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**

**GRACE DEL CARMEN DEL RIO MENDOZA**

**CON C.C Nº 36.721.366**

**I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN 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. | CD20245448 | DE FECHA INICIO | 18/11/2024 | |

| 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 atencion de enfermeria a pacientes de consulta externa, hospitalizados según las necesidades fisicas, fisiológicas, psicológicas y sociales (toma de signos vitales, baño en cama, asisti en la alimentación, toma de glucometria, cambios de posición, arreglo de la unidad, toma de muestra de laboratorio, realice venopunción y verifique signos de flebitis, instale y retire infusiones de liquidos, realice asepsia a los implementos de trabajo como aspirador, riñoneras, pisingo, 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 nlas 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 | Observe y reporte los signos de alarma presentados por los pacientes. |
| 9 | Clasifique, ordene y controle las lencerias de los servicios a efectos de reposición de ropas y de vestuario, relacionándose con los servicios de lavanderia. |
| 10 | Realice una adecuada segregación de los elementos de protección personal, residuos hospitalarios que se generan en la atención de los pacientes, de cualquier otro procedimiento y manejo de ropa sucia. |
| 11 | Recibi, registre oportunamente los elementos de protección personal y cumpli con el correcto uso de estos. |
| 12 | Tuve adherencia a protocolos, guias y procedimientos requeridos en la prestación del servicio. |
| 13 | Prepare los paquetes de material (confección de apositos de gasa, torundas y otro material), coloqué los controles quimicos y biológicos necesarios, coloque las fechas de empacad, cerré sobres de material. |
| 14 | Clasifique el material de esterilización, comprobé el correcto empaquetamiento, introduci los diferentes paquetes según caracteristicas, colaboré en la puesta en marcha de los aparatos, cumpli con los registros especificos. |
| 15 | Proporcione desde la zona intermedia todo el material necesario para la intervención (hojas, bisturies, apositos) y mantuve la zona de respuesta, limpia y ordenada |
| 16 | Al realizar el traslado de un paciente a otro servicio o por medio de la ambulancia, antes: de recibir órdenes del servicio, informé a los familiares que se le va a realizar el procedimiento y aliste media hora antes al paciente, verifique que el nombre del paciente, y número de cama asignada, verifique el estado del paciente, para ver si se puede transportar en silla de rueda o en camilla, verifiqué el acompañamiento del familiar, miré las condiciones de las venas, si están permeables y con agiocath No. 18 reciente. |
| 17 | Controle las entradas y salidas de historias clinicas de su consultorio (prestación historias clinicas) |
| 18 | Surti a los consultorios de materiales, equipos, etc |
| 19 | Recogi las facturas de los pacientes y verifique que estos aparezcan en el sistema |
| 20 | Use adecuadamente y racional de elementos, recursos y demás medios institucionales |
| 21 | Garantice la presencia oportuna, cuando se requiere hacer los procedimientos y labores propias del auxiliar de enfermeria en cualquier servicio de la E.S.E |
| 22 | Respondi por los daños y perjuicios en salud que se le generó a un usuario por su negligencia, omisión, descuido, olvido, exceso o cualquier otra acción imputable a su culpa. |
| 23 | Tuve comunicación las 24 horas del dia para su facil localización en casos de urgencias, para lo cual deberán certificar el número telefónico |
| 24 | La suspención, cancelación y atrasos en la prestación de los servicios por incumplimiento en los turnos asignados sin justificación que ocasionen transtornos 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. |
| 25 | El valor mensual facturado dependerá de las actividades contratadas y cumplidas por parte del contratista y verificados por el supervisor del contrato |
| 26 | Reporte inmediatamente cualquier incapacidad a la profesional especializada de la unidad de enfermeria |
| 27 | Desarrolle las actividades definidas de acuerso a contratación definido por partes con las agendas de turno y horas establecidas mensuales (192H) |
| 28 | Asisti a capacitaciones, programas de formación continua y apropiación de procesos de inducción y reinducción |
| 29 | Garantice la prestación de servicio objeto del contrato cumpli 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 E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche. Adicionalmente la garantia delos servicios ofracidos debe permitir que estos mentegan su calidad e idoneidad |
| 30 | Realicé todas y cada una de las actividades que asigno 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: | 9476761692 | OPERADOR: | APORTES EN LINEA |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | SANITAS | 20/11/2024 | 162.500 |
| PENSIÓN: | PROTECCION | 20/11/2024 | 208.000 |
| RIESGOS LABORALES: | POSITIVA | 20/11/2024 | 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: | Grace del Rio Mendoza |
| Nº. IDENTIFICACIÓN: | 36.721.366 |

Escaneado con 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 36721366 | | DELRIO MENDOZA GRACE DEL CARMEN | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | cra 7a#25 -60 | SANTA MARTA-MAGDALENA | 5555555 | no |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-10 | 2024-10 | 1064438655 | 9476761692 | I | 2024/11/19 | 2024/11/20 | NEQUI | 1 | $402,700 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Dias | IBC | Aporte |
| Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados) | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | $31,709 | | $0 | $0 |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados) | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | $31,709 | | $0 | $0 |
| Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA ( 1 Afiliados) | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | $31,709 | | $0 | $0 |
| 1 | CC 36721366 | DEL RIO GRACE | 230201 | 30 | $1,300,000 | $208,000 | EPS005 | 30 | $1,300,000 | $162,500 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $1,300,000 | $31,709 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | $31,709 | | $0 | $0 |



Escaneado con CamScanner

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Dirección | Ciudad/Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 36721366 | | DELRIO MENDOZA GRACE DEL CARMEN | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | cra 7a#25-60 | SANTA MARTA-MAGDALENA | 3555555 | NO |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Días Mora | Valor |
| 2024-10 | 2024-10 | 1064438651 | 94767616[illegible] | I | 2024/11/19 | 2024/11/20 | [illegible] | | [illegible] |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $208,000 | $200 | $0 | $208,200 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 1 | $208,000 | $200 | $0 | $208,200 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $31,700 | $100 | $0 | $31,800 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $31,700 | $100 | $0 | $31,800 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $162,500 | $200 | $0 | $162,700 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $162,500 | $200 | $0 | $162,700 |
| TOTAL | | | | 1 | $402,200 | $500 | $0 | $402,700 |



2024/11/20 02:19 PM

Escaneado con CamScanner

## ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20245446 DEL 2024

| | |
|---|---|
| NO. DEL CONTRATO | CD20245446 DEL 2024 |
| NOMBRE DEL CONTRATANTE | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA | DEL RIO MENDOZA GRACE DEL CARMEN |
| NO. DE IDENTIDAD | 36721366 |
| OBJETO DEL CONTRATO | PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO | CUATRO MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/L ($4200000) |
| FORMA DE PAGO | El HUJMB cancelará al CONTRATISTA 2 cuotas, por valor de DOS MILLONES CIEN MIL PESOS M/L. (2100000), de conformidad con el informe de la ejecución de las actividades contractuales realizadas, previa certificación de cumplimiento de expedida por parte del Supervisor del contrato. |
| PLAZO DE EJECUCIÓN | Previa legalización del contrato sin exceder 31 de DICIEMBRE de 2024 |
| CDP | 1579 |
| REGISTRO PRESUPUESTAL | 6975 |
| SUPERVISOR DEL CONTRATO | UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA |

Entre los suscritos a saber AURA STELLA DAZA PEÑA, en su calidad de Prof. Especializado Unidad Funcional de Enfermeria y quien actúa como Supervisor del contrato No. **CD20245446** y por la otra, DEL RIO MENDOZA GRACE DEL CARMEN, en calidad de contratista quienes se reúnen para dar inicio al contrato en mención, cuyo objeto es el mencionado en la parte superior del presente documento.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta A LOS 16 DIAS DEL MES DE NOVIEMBRE DEL 2024

SUPERVISOR,

AURA STELLA DAZA PEÑA
**CC. N° 36.541.888**

CONTRATISTA,

DEL RIO MENDOZA GRACE DEL CARMEN
**CC. N° 36721366**

Escaneado con CamScanner