| | | | |
|---|---|---|---|
| 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 LUZ DARIS LEMUS PULIDO identificado con C.C. 39048949**

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

## I. DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| | |
|---|---|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| N° CONTRATO: | CD20245951 | RP: | 7191 | CDP: | 1464 |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO: | 6.200.000,00 | VALOR DE HONORARIOS PERIODO: | 3.100.000,00 | | |
| FECHA DEL ACTA DE INICIO: | 2024-11-19 | 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

**LUZ DARIS LEMUS PULIDO**
**39048949**
**CALLE 37 N 12-27**
**0**
**KEVINJHONATANNAVARRO@GMAIL.COM**

# CUENTA DE COBRO

## DATOS PERSONALES

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Diligenciamiento:** | **2024-11-26** | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS: | LUZ DARIS LEMUS PULIDO | | |
| DOCUMENTO: | 39048949 | | |
| DIRECCIÓN: | CALLE 37 N 12-27 | TELÉFONO: | 0 |
| CORREO ELECTRONICO: | KEVINJHONATANNAVARRO@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: | CD20245951 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE. |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| RP: | 7191 | CDP: | 1464 | FECHA INICIO: | 2024-11-19 | FECHA FINAL: | 2024-12-31 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| VALOR CONTRATO: | 6.200.000,00 | VALOR A PAGAR: | 3.100.000,00 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| BANCO A CONSIGNAR: | DAVIVIENDA | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | No. CUENTA: | 117370076277 |

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

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

## FIRMA

LUZ DARIS LEMUS PULIDO
C.C. 39048949 expedida en SANTA MARTA

Escaneado con CamScanner

## ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20245951 DEL 2024

| | |
|---|---|
| **NO. DEL CONTRATO** | CD20245951 DEL 2024 |
| **NOMBRE DEL CONTRATANTE** | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | LUZ DARIS LEMUS PULIDO |
| **NO. DE IDENTIDAD** | 39048949 |
| **OBJETO DEL CONTRATO** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE. |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO** | SEIS MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/L ($6200000) |
| **FORMA DE PAGO** | El HUJMB cancelará al CONTRATISTA 2 cuotas por valor de TRES MILLONES CIEN MIL PESOS M/L. (3100000), 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** | 1464 |
| **REGISTRO PRESUPUESTAL** | 7191 |
| **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. **CD20245951** y por la otra, LUZ DARIS LEMUS PULIDO, 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 19 DIAS DEL MES DE NOVIEMBRE DEL 2024

SUPERVISOR,

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

CONTRATISTA,

LUZ DARIS LEMUS PULIDO
**CC. N° 39048949**

COPIA

Escaneado con CamScanner

| | | |
|---|---|---|
| E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA | **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**

**LUZ DARY LEMUS PULIDO**

**CON C.C Nº 39.048.949**

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

| | |
|---|---|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | CD20245951 | DE FECHA INICIO | 19/11/2024 |

| ITEM | II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO<br>(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 entregue turno de acuerdo a la guía institucional. |
| 2 | Planie, organice, dirigi, realice las gestiones necesarias para lograr el funcionamiento de los servicios de acuerdo a los planes y programas establecidos. |
| 3 | Solucionar los problemas detectados o comunicados; si están fuera de su alcance derivarlos al nivel jerárquico correspondiente (coordinadores de áreas) |
| 4 | Realice Rondas de Seguridad de Paciente diaria: Identificación de paciente, Venopunciones, Equipos invasivos, segregación de residuos hospitalarios, orden y aseo de los servicios |
| 5 | Supervise que la entrega y recibo de turno se realice de acuerdo al protocolo establecido por la institución. |
| 6 | Verifique la aplicación de listas de chequeo para el control en la prevención de infecciones y procesos básicos de Enfermería. |
| 7 | Velar por el cumplimiento de los protocolos, procesos y formatos de los diferentes servicios. |
| 8 | Comprobe la realización de la asepsia en los diferentes servicios y que se encuentre bien organizado los sitios de trabajo. |
| 9 | Verifique que se registraran en los formatos correspondiente la asepsia, equipos biomédicos, carro de paro, kit obstétricos, bitácoras ingreso y egreso de pacientes, bitácoras de enfermería, registros de elementos de protección personal, asignación de pacientes y roles, reservas de hemoderivados, lavandería, muestras sanguíneas, etc. |
| 10 | Vigile el uso adecuado de registros de enfermería: Expediente clínico, censo, registros estadísticos, planes de asignación, rotación y otros. |
| 11 | Verifique la actualización diaria de los registros de los pacientes en el tablero con camas reservadas |
| 12 | Supervise que el personal a cargo cumpla con sus funciones asignadas |
| 13 | Detectar la necesidad de material/equipo de los servicios y gestionar la adquisición. |
| 14 | Vigile la hora y la administración correcta de prescripciones médicas |
| 15 | Verifique que se cumpla con la notificación inmediata de los eventos adversos y/o incidentes que se presenten en la atención del paciente. |
| 16 | Participe en la actualización de documentos e instrumentos técnico administrativos de la unidad de Enfermería. |
| 17 | Informe al jefe inmediato de forma escrita de cualesquiera anomalías que se presente en los servicios. |
| 18 | Participe en las reuniones internas de la institución y que sean delegada por la jefe inmediata. |
| 19 | Participe en la actualización de los protocolos, guías e instructivos manejados por la institución |
| 20 | Supervise el cumplimiento en la recepción, devolución, preparación y administración de medicamentos |
| 21 | Vigile el confort del cliente externo: Supervisar el baño diario, arreglo de la unidad, cambio de posición (prevención de ulceras por presión), Supervisar que tipo de Alimentación se está suministrando al paciente. |
| 22 | Verifique de la preparación adecuada de los estudios y cirugía |
| 23 | Verifique realice y gestione el registro de eventos adversos, e incidentes y de infecciones intrahospitalarias presentados en el servicio. |
| 24 | Gestión de estudios diagnóstico, estudios especiales e interconsultas, etc. |
| 25 | Proporcione orientación a los estudiantes y al personal de inducción |
| 26 | Gestione oportunamente las órdenes de transfusiones indicada para cada paciente y verificación de este procedimiento |
| 27 | Verifique la Actualización de Kardex, tarjeta de medicamentos, hoja de tratamiento, control y distribución de líquidos esté diligenciada como es debido. |
| 28 | Gestione la asignación de las camas del servicio y a otro servicio |
| 29 | Verifique el registro de las curaciones de las enfermeras asistenciales |
| 30 | Asisti a las rondas médicas y de enfermería de su área para conocer el proceso de cuidado de estos pacientes. |
| 31 | Notifique de daño a mantenimiento, realizar ronda conjuntamente con mantenimiento |
| 32 | Informar por escrito, diariamente a coordinación los inconvenientes presentados en cada servicio. |
| 33 | Verifique el cumplimiento de la presentación personal de enfermería |
| 34 | Asigne pacientes, consultorios al personal de auxiliar de Enfermería y enfermera asistencial antes de la ronda de Enfermería |
| 35 | Propiciar un ambiente agradable, utilizando siempre la comunicación asertiva tanto con paciente, familiar y grupo de trabajo |
| 36 | Proporcionar atención de enfermería a pacientes hospitalizados según las necesidades físicas, fisiológicas, psicológicas y sociales (plan de atención de enfermería) |
| 37 | Elaboración de reporte de enfermería |
| 38 | Manejo y control de material y equipo en la atención del paciente. |
| 39 | Garantice la presencia oportuna, cuando se requieran hacer los procedimientos y labores propias del profesional en enfermería en cualquiera de los servicios de la E.S.E. |
| 40 | Cuando el paciente ingrese y en el turno nocturno, realizar el pedido de jeringa, líquidos de 100cc, y 250 cc para 24 horas dependiendo de la cantidad de dosis de medicamento que tenga el paciente, así mismo solicitar las jeringas necearias para la toma de laboratorio, la solución salina para el previo lavado pre y post para permeabilización de venopunción, equipos cuando el paciente ingrese |
| 41 | Entregue de historia clínica a facturación de paciente que tengan egresos en el orden establecidos |
| 42 | Responder por los daños y perjuicios en salud que se le genere a un usuario por su negligencia, omisión, descuido, olvido, exceso o cualquier otra acción imputable a su culpa. Lo que conllevara igualmente a las sanciones disciplinarias a las que tenga lugar. |
| 43 | Participar en las jornadas científicas, actividades académicas y de investigación |
| 44 | Asisti a las rondas Médicas y a los especialistas y médicos generales durante los procedimientos. |
| 45 | Diligencie la Historia clínica de los pacientes cumpliendo con los parámetros establecidos |
| 46 | Verifique el correcto diligenciamiento del formato de SIVIGILA |
| 47 | Realize seguimiento diario de la historia clínica (evolución, ordenes médica, notas de Enfermería, etc.,) en todo lo referente a la atención y evolución de los pacientes. |

Escaneado con CamScanner

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| IAL | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 39048949 |
| | | | LUZ DARY LEMUS PULIDO |
| | SANTA MARTA | DEPARTAMENTO: | MAGDALENA |
| | CALLE 37 12-27 | TELÉFONO: | 7777777 |
| | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otras actividades de servicios personales n.c.p. |
| IÓN. | ÚNICO | | |
| DO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NUMERO PLANILLA | | 4573974917 | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACION OTROS | MES octubre AÑO | 2024 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES octubre AÑO | 2024 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd) | | 2024/11/13 | NUMERO AUTORIZACIÓN: | | 9990674692 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 30301-PORVENIR | 1 | $ 208.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 208.000 | $ 0 | $ 208.000 |
| | | | | | | | | | $ 208.000 | $ 0 | $ 208.000 |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PS005-SANITAS S.A. | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 162.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 162.500 | $ 0 | $ 0 | $ 162.500 |
| | | | | | | | | | | | | $ 162.500 | $ 0 | $ 0 | $ 162.500 |

Planilla Pagada

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP NUMERO 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 31.700 | $ 31.700 | $ 0 | $ 0 | $ 31.700 |
| | | | | | | | | $ 31.700 | $ 0 | $ 0 | $ 31.700 |

**LIQUIDACION DETALLADA APORTES**

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

| TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BASICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.300.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN

| ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACION | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301-PORVENIR | 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 | 39048949 | $ 31.700 |

PARAFISCALES

| DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 402.200 |
|---|---|

Planilla Pagada



Escaneado con CamScanner