	<b>FORMATO INFORME DE SUPERVISOR</b>	Código: GJC22F	Versión: 1
		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/01/2024	

**CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y  
EDWIN ALFONSO OSORIO LEOTUR identificado con C.C. 7144701**

Fecha de Diligenciamiento:	2025-03-25
----------------------------	------------

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

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 MENDEZ BARRENECHE				
N° CONTRATO:	CD20251251	RP:	1685	GDP:	2
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	12.267.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	2.300.000,00		
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2025-03-10	FECHA DE FINALIZACION:	2025-06-30		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	NINA VANESSA DIAZ ACOSTA				
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
----------------	-----	---------------	-----	-----------------------------	------

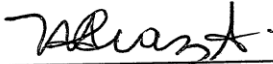
### III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

### IV. CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS

- El contrato se encuentra debidamente legalizado: SI
- 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
- Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en su respectiva carpeta contractual: SI
- 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 Febrero<sup>1</sup>.

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

  
 \_\_\_\_\_  
 NINA VANESSA DIAZ ACOSTA  
 36727527  
 UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA

EDWIN ALFONSO OSORIO LEOTUR  
7144701  
CALLE 5A NO.17-129  
3004040751  
edwinalf\_18@hotmail.com

## CUENTA DE COBRO

### DATOS PERSONALES


Fecha de Diligenciamiento:	2025-03-25		
NOMBRES Y APELLIDOS:	EDWIN ALFONSO OSORIO LEOTUR		
DOCUMENTO:	7144701		
DIRECCIÓN:	CALLE 5A NO.17-129	TELÉFONO:	3004040751
CORREO ELECTRONICO:	edwinalf_18@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:	CD20251251						
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 MENDEZ BARRENECHE						
RP:	1685	CDP:	2	FECHA INICIO:	2025-03-10	FECHA FINAL:	2025-06-30
VALOR CONTRATO:	12.267.000,00			VALOR A PAGAR:	2.300.000,00		
BANCO A CONSIGNAR:	Bancolombia	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	7790004967 3		
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>				<b>Febrero1</b>			

### FIRMA

  
EDWIN ALFONSO OSORIO LEOTUR  
C.C. 7144701 expedida en SANTA MARTA



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

EDWIN ALFONSO OSORIO LEOUR

CON C.C Nº 7144701

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.

CD20251251

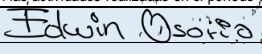
DE FECHA INICIO

10/03/2025

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 específicas del objeto del contrato)

1	Recibí y entregué el turno de acuerdo con la guía.
2	Asistí a las capacitaciones programadas por la institución para el adiestramiento del servicio, así como el manejo de equipos y guías de prácticas clínicas de la unidad de diálisis.
3	Proporcione atención de enfermería a pacientes de consulta externa y hospitalizados según las necesidades físicas, fisiológicas, psicológicas y sociales (toma de signos vitales, baño en cama, asistí en la alimentación, toma de glucometría, cambios de posición, arreglo de la unidad, toma de muestra de laboratorio, realicé venopunción y verifiqué signos
4	Asistí al paciente en la alimentación enteral y parenteral.
5	Informé sobre las fallas de material y equipos de servicios.
6	Realicé las respectivas solicitudes y devoluciones a farmacia de insumos o medicamentos de los pacientes que ingresaron y egresaron bajo la supervisión de la enfermera.
7	Recibí y entregué a los pacientes a los diferentes servicios con la lista de chequeo correspondiente.
8	Asistí 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, ECG, y otros procedimientos) y en marcar los rótulos en la hora de instalar el medicamento
10	Realicé durante el turno, seguimiento diario y registrar todas las actividades y evoluciones del paciente en la historia clínica (notas de Enfermería), en los tiempos reglamentados
11	Observé y reporté 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 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	Realicé asepsia general semanal y diaria cuando egrese el paciente, registrar en el formato correspondiente.
16	Clasifiqué, ordené y controlé las lencerías de los servicios a efectos de reposición de ropas y de vestuario, relacionándose con los servicios de lavandería.
17	Realicé 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	Recibí, registré oportunamente los elementos de protección personal y cumplir con el correcto uso de estos.
19	Hicé los usos correctos de administración de medicamentos
20	Me Adherí a protocolos, guías y procedimientos requeridos en la prestación del servicio.
21	Conduje a los usuarios a los distintos servicios y a otras instituciones de salud.
22	Informé a la enfermera y médico sobre la fuga del paciente. Realicé seguimiento a la administración de los medicamentos por la enfermera (farmacovigilancia).
23	Realicé procesos de esterilización del instrumental, insumos y dispositivos médicos, comprobando el correcto empaquetamiento de este y el cumplimiento de los registros específicos.
24	aparatos, y cumplimenté los registros específicos.
25	Ayudé al médico en las maniobras de "soporte vital básico" (SVB) y "soporte vital avanzado" (SVA) que se aplicaron al enfermo crítico.
26	Movilité e inmovilité al paciente con seguridad y rapidez, en problemas traumatológicos y psiquiátricos, etc.
27	Al realizar el traslado de un paciente a otro servicio o por medio de la ambulancia, antes: Recibí las órdenes del servicio, informé a los familiares que se le iban a realizar los procedimientos y debían estar listos media hora antes, verifiqué el nombre del paciente, número de cama asignada, verifiqué el estado del paciente, para ver si se podía transportar en silla de ruedas o en camilla, verifiqué el acompañamiento del familiar, miré las condiciones de las venas, si estaban permeables y con angiocath No. 18 y reciente.
28	Verifiqué que estuviera diligenciado el consentimiento para transfusiones sanguíneas, autorización de procedimientos quirúrgicos y de anestesia, y declaración de retiro voluntario.
29	Llené el formato de transfusión sanguínea antes, durante y después de la transfusión.
30	Actualicé el Kardex y las tarjetas de medicamento si la enfermera no se encontraba o estaba ocupada.
31	Controlé las entradas y salidas de historias clínicas de mi consultorio (prestación de historias clínicas).
32	Colaboré en el aprovisionamiento de los materiales en la sala de diálisis, etc.
33	Recogí las facturas de los pacientes y verifiqué que aparecieran en el sistema.
34	Garantizé la presencia oportuna, cuando se requirió hacer los procedimientos y labores propias del auxiliar de enfermería en cualquier servicio de la E.S.E.
35	Respondí por los daños y perjuicios en salud que se le generaron a un usuario por mi negligencia, omisión, descuido, olvido, exceso o cualquier otra acción imputable a mi culpa.
36	Tuve comunicación las 24 horas del día para mi fácil localización en casos de urgencias, para lo cual certifiqué el número telefónico.
37	La suspensión, cancelación y atrasos en la prestación de los servicios por incumplimiento en los turnos asignados sin justificación que ocasionaron trastornos y/o alteraciones en la oportunidad de la prestación del servicio, fueron objeto de glosas de la orden que se generó; el incumplimiento a un turno nocturno no tuvo derecho al descanso.
38	El valor mensual facturado dependió de las actividades contratadas y cumplidas por mí, verificadas por el supervisor del contrato.

39	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.		
40	Desarrollé las actividades definidas de acuerdo a contratación definida por partes con las agendas de turno y horas establecidas mensuales (160h).		
41	Garantizó que la prestación de servicio objeto del contrato cumpliera estrictamente con las características y referencias descritas en el presente documento, ajustándose a las normas de calidad de conformidad con lo establecido por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche. Adicionalmente, garantizando que los servicios ofrecidos mantuvieran su calidad e idoneidad.		
42	Ayudé a la enfermera durante la asistencia a los pacientes.		
43	Ayudé o transporté a los pacientes a la sala de diálisis y a otros lugares de la institución (estudio, médico, etc.).		
44	Preparé y distribuí la dieta prescrita.		
45	Limpié los monitores.		
46	Realicé todas y cada una de las actividades que asignó el supervisor del contrato y las demás que determinó el Gerente, y que se derivaron de las necesidades de la E.S.E.		
<b>III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL</b>			
No. DE PLANILLA:	4595382894	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	13/3/2025	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	13/3/2025	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	13/3/2025	\$ 34.700
<b>IV. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA</b>			
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo 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.			
<b>V. ANEXOS</b> (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:			
N°. IDENTIFICACIÓN:	C.C. 7144701		

## PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	7144701	NÚMERO PLANILLA:	<b>4595382894</b>	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	EDWIN ALFONSO OSORIO LEOTUR	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES febrero AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES febrero AÑO 2025
CIUDAD/MUNICIPIO:	CLL 5A # 17 -129 LOS ALMENDROS	TELÉFONO:	MAGDALENA	DÍAS DE MORA:	9	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9992024927
DIRECCIÓN:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/03/13		
TIPO APORTANTE:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per				
TIPO EMPRESA:	ÚNICO						
FORMA DE PRESENTACIÓN:							
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				

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
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.300	\$ 0	\$ 227.800	\$ 1.300	\$ 0	\$ 229.100
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 227.800</b>	<b>\$ 1.300</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 229.100</b>

TOTAL APORTES A SALUD															
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 178.000	\$ 0	\$ 1.100	\$ 0	\$ 178.000	\$ 1.100	\$ 0	\$ 179.100
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 178.000</b>	<b>\$ 1.100</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 179.100</b>		

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 34.700	\$ 0	\$ 0	\$ 34.700	\$ 200	\$ 0	\$ 34.900
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 34.700</b>	<b>\$ 200</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 34.900</b>

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																		
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES															SEGURIDAD SOCIAL										PARAFISCALES															
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TAE	TDP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN					SALUD					ARP					PARAFISCALES											
																								ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT.	IBC	ADMIN	TOTAL APORTES	TOTAL APORTES	TOTAL APORTES
1	CC 7144701	OSORIO LEOTUR EDWIN ALFONSO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		\$ 1.423.500			NO	01															25-14 COLPENSIONES	30	1.423.500	\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Norma	\$ 227.800	EPS005-SANITAS S.A.	30	1.423.500	\$ 178.000	\$ 178.000	14-23-POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A.	30	1.423.500	7144701	\$ 34.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

**TOTAL PAGADO: \$ 443.100**