

	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
DIANA MARIA HERNANDEZ NARVAEZ identificado con C.C. 39491436**

Fecha de Diligenciamiento:	2025-06-26
----------------------------	------------

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:	CD20251565	RP:	2157	CDP:	542
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	8.400.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	2.100.000,00		
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2025-04-08	FECHA DE FINALIZACION:	2025-07-31		
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

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 Junio

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES



 NINA VANESSA DIAZ ACOSTA
 36727527
 UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA

DIANA MARIA HERNANDEZ NARVAEZ
39491436

DIANAHN1982@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

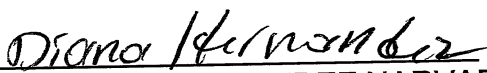
Fecha de Diligenciamiento:	2025-06-26		
NOMBRES Y APELLIDOS:	DIANA MARIA HERNANDEZ NARVAEZ		
DOCUMENTO:	39491436		
DIRECCIÓN:		TELÉFONO:	
CORREO ELECTRONICO:	DIANAHN1982@GMAIL.COM		

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:	CD20251565						
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:	2157	CDP:	542	FECHA INICIO:	2025-04-08	FECHA FINAL:	2025-07-31
VALOR CONTRATO:	8.400.000,00	VALOR A PAGAR:	2.100.000,00				
BANCO A CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	09693447817		
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	Junio						

FIRMA


DIANA MARIA HERNANDEZ NARVAEZ
C.C. 39491436 expedida en



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

DIANA MARIA HERNANDEZ NARVAEZ

CON C.C N° 39491436

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.

CD20251565

DE FECHA INICIO

08/04/2025

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)

- Garantizar la presencia oportuna, cuando se requiera hacer los procedimientos y labores propias del auxiliar de enfermería en cualquier servicio de la E.S.E
- Observación y reporte de signos de alarma presentados por sus pacientes
- Informar las fallas de material y equipo de servicios, al líder más cercano.
- Participar en los programas de enseñanza en servicio para desarrollo de personal Proporcionar orientación al paciente y familiar
- Garantizar que la prestación de servicio objeto del contrato cumplan estrictamente con las características 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 garantía de los servicios ofrecidos debe permitir que estos mantengan su calidad e idoneidad.
- Realizar asepsia general semanal y diaria cuando egrese el paciente, registrar en el formato correspondiente.
- Clasificar, ordenar y controlar las lencerías de los servicios a efectos de reposición de ropas y de vestuario, relacionándose con los servicios de lavandería.
- Realizar 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.
- Recibir, registrar oportunamente los elementos de protección personal y cumplir con el correcto uso de estos. Diligenciar correctamente los formatos requeridos en los servicios
- Desarrollar las actividades definidas de acuerdo a contratación definido por partes con las agendas establecidas mensuales
- Realizar notas de Enfermería a pacientes asignados en los tiempos reglamentados
- Preparar el cuerpo del paciente fallecido y entregar al familiar todas las pertenencias personales del mismo, asegurando que se realice de manera respetuosa y conforme a los procedimientos establecidos.
- Informar a la enfermera y médico del estado de los pacientes relacionados a su competencia.
- Realizar el seguimiento de la correcta administración de los medicamentos bajo la supervisión de la enfermera, garantizando el cumplimiento de los protocolos establecidos y el bienestar del paciente.
- Realizar todas y cada una de las actividades que asigne 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:	9486461473	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	24/06/2025	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	24/06/2025	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	24/06/2025	\$ 34.700

IV. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
- Que realicé el pago de la Seguridad Social por el valor que exige la Ley, pago del cual anexo copia simple.
- 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)

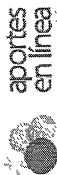
Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

FIRMA DEL CONTRATISTA:

Diana Hernandez

N° IDENTIFICACIÓN:

CC 39491436



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 39491426		HERNANDEZ MARIÁZ DIANA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 26 8 25	MALACOA LA GUAJIRA	7760472	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Salud	Clave	Planilla	Planilla	Fecha	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-05	2025-05	1570770413	9486461073	1	2025/06/11	2025/06/24	BANCOLOMBIA	13	\$444,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																													
EMPLREADO					PENSION					SALUD					CCF					RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificadit	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte			
Secursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)																													
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																													
Ciudad: MATZAO Dpto: LA GUAYRA (1 Afiliados)																													
1	CC	39491426	HERNANDEZ DIANA	2514	30	\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$227,800	0		\$0		1423	30	\$1,423,500			\$1,423,500	\$34,700			\$0	\$0			
Total Afiliados (1)						\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$227,800			\$0				\$1,423,500	\$34,700			\$0	\$0			\$0	\$0		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante		Secursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SEMA e ICBF
CC 39491436		HERNANDEZ NARVAEZ DIANA MARIA	INDEPENDIENTE		PRINCIPAL	CALLE 26 B 26	MAICAO LA GUAJIRA	7760072	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-05	2025-05	1570170413	9406481473	1	2025/06/11	2025/06/24	BANCOLOMBIA	13	\$444,300
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO		CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$227,800	\$2,000	\$0	\$229,800
COLPENSIONES		25-14	900,336,004	7	1	\$227,800	\$2,000	\$0	\$229,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$14,700	\$300	\$0	\$35,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS		14-23	860,011,151	6	1	\$14,700	\$300	\$0	\$35,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$178,000	\$1,500	\$0	\$179,500
SANTITAS		EPS005	800,251,440	6	1	\$178,000	\$1,500	\$0	\$179,500
TOTAL					1	\$440,500	\$3,800	\$0	\$444,300