

	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
DAINYS OLIVEROS RODRIGUEZ identificado con C.C. 1004359090**

Fecha de Diligenciamiento:	2025-04-28
----------------------------	------------

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:	CD20251358	RP:	1915	CDP:	542
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	6.200.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	2.906.250,00		
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2025-04-03	FECHA DE FINALIZACION:	2025-05-31		
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
----------------	-----	---------------	-----	-----------------------------	------

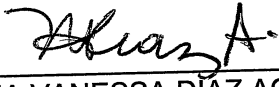
III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

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 Abril

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES


 NINA VANESSA DIAZ ACOSTA
 36727527
 UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA

Clos
7

DAINYS OLIVEROS RODRIGUEZ
1004359090
CALLE 29C #203
6054362614
DAINIS199729@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	2025-04-28		
NOMBRES Y APELLIDOS:	DAINYS OLIVEROS RODRIGUEZ		
DOCUMENTO:	1004359090		
DIRECCIÓN:	CALLE 29C #203	TELÉFONO:	6054362614
CORREO ELECTRONICO:	DAINIS199729@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:	CD20251358						
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:	1915	CDP:	542	FECHA INICIO:	2025-04-03	FECHA FINAL:	2025-05-31
VALOR CONTRATO:	6.200.000,00			VALOR A PAGAR:	2.906.250,00		
BANCO A CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	221223308		
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:				Abril			

FIRMA



DAINYS OLIVEROS RODRIGUEZ
C.C. 1004359090 expedida en SANTA MARTA

	ACTA DE INICIO	CÓDIGO: GJC26F VERSIÓN: 002 FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 08/11/2025 PÁGINA 1 de 1
---	-----------------------	---

ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20251358 DEL 2025

NO. DEL CONTRATO	CD20251358 DEL 2025
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	OLIVEROS RODRIGUEZ DAINYS
NO. DE IDENTIDAD	C.C 1004359090
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 (6.200.000)
FORMA DE PAGO	El HJMB cancelará al CONTRATISTA 2 cuota(s), por valor de TRES MILLONES CIENTO MIL PESOS M/L. (\$3.100.000), de conformidad con el informe de la ejecución de las actividades contractuales realizadas, previa certificación de cumplimiento expedida por parte del Supervisor del contrato.
PLAZO DE EJECUCIÓN	Prevía legalización del contrato sin exceder el 31 de mayo de 2025
CDP	542
REGISTRO PRESUPUESTAL	1915
SUPERVISOR DEL CONTRATO	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA

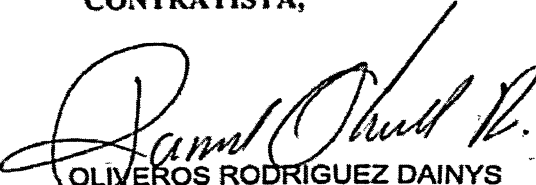
Entre los suscritos, NINA VANESSA DIAZ ACOSTA mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 36727527, obrando en calidad de Subgerente Científica quien actúa como supervisor del contrato CD20251358 por otra parte OLIVEROS RODRIGUEZ DAINYS, en calidad de contratista quienes se reúnen para dar inicio al contrato en mención, cuyo objeto es el mencionado en la parte superior del presente documento.

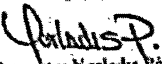
Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta, a los 03 DE ABRIL DE 2025

SUPERVISOR,


NINA VANESSA DIAZ ACOSTA
C.C. 36727527

CONTRATISTA,


OLIVEROS RODRIGUEZ DAINYS
C.C. 1004359090


Yorladis Pérez De La Hoz
Profesional Administrativo Enfermería

	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				
DAINYS OLIVEROS RODRIGUEZ				
CON C.C Nº 1004359090				
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.		CD20251358	DE FECHA DE INICIO	03/04/2025
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)			
1	Planear, organizar, dirigir, realizar las gestiones necesarias para lograr el funcionamiento de los servicios de acuerdo a los planes y programas establecidos.			
2	Realizar Rondas de Seguridad de Paciente diaria: Identificación de paciente, Venopunciones, Equipos invasivos, segregación de residuos hospitalarios, orden y aseo de los servicios			
3	Verificar la aplicación de listas de chequeo para el control en la prevención de infecciones y procesos básicos de Enfermería.			
4	Velar por el cumplimiento de los protocolos, procesos y formatos de los diferentes servicios, ejemplo, el ingreso y salida de los auxiliares de enfermería.			
5	Comprobar la realización de la asepsia en los diferentes servicios y que se encuentre bien organizado los sitios de trabajo.			
6	Vigilar y controlar el uso adecuado de los registros de enfermería (expediente clínico, censo, registros estadísticos, planes de asignación, rotación, etc.) y asegurar la actualización diaria de los registros en el tablero de camas reservadas.			
7	Detectar la necesidad de material/equipo de los servicios y gestionar la adquisición.			
8	Verificar que se cumpla con la notificación inmediata de los eventos adversos y/o incidentes que se presenten en la atención del paciente.			
9	Verificación de la preparación adecuada de los estudios y cirugía.			
10	Verificar el registro de las curaciones de las enfermeras asistenciales			
11	Asistir a las reuniones y rondas médicas y de enfermería de su área para estar al tanto del proceso de atención y cuidado de los pacientes.			
12	Realizar la Notificación de daños y realizar ronda conjuntamente con el área de mantenimiento.			
13	Informar por escrito, diariamente a coordinación los inconvenientes presentados en cada servicio.			
14	Proporcionar atención de enfermería a pacientes hospitalizados según las necesidades físicas, fisiológicas, psicológicas y sociales según los establecido en el plan de atención de enfermería			
15	Apoyar en el Manejo y control de material y equipo en la atención del paciente.			
16	Diligenciar y entregar historias clínicas a facturación de paciente que tengan egresos en el orden establecidos.			
17	Cumplir con el diligenciamiento de los RIPS, formatos, instrumentos de control, seguimiento, evaluación, de la E.S.E.			
18	Verificar el correcto diligenciamiento del formato de SIVIGILA			
19	Actualizar Kardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo a los cambios efectuados por médico tratante en la evolución y ordenes médicas, en los diferentes turnos (corrido, noche) etc.			
20	Administración de medicamentos de acuerdo al protocolo institucional.			
21	Supervisar y cumplir con la correcta segregación de los elementos de protección personal y manejo de ropa sucia.			
22	Debe realizar un informe detallado sobre las actividades realizadas y el cumplimiento de las mismas, según la secuencia establecida por la Unidad Funcional de Enfermería.			
23	Apoyar en la supervisión e inspección oportuna al carro de paro, equipos biomédicos con los que cuenta el servicio, hacer las respectivas anotaciones a que hallan lugar sea diaria y quincenal			
24	Gestionar la información, y/o documentos físicos, órdenes de procedimientos que se genere en el servicio de acuerdo a la necesidad del paciente y normatividad.			
25	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.			

26	Cumplir con lo establecido en la resolución 3280 de 2018, de manera que se garantice la efectiva y oportuna atención definida en la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal, Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna y Estrategia Hospital Padrino, según su competencia.		
27	Capacitar al personal asistencial (enfermeras) sobre colocación de implante sub dérmico y aplicación de métodos de anticoncepción.		
III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
Nó. DE PLANILLA:	7965211793	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	25/04/2025	178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	25/04/2025	227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	25/04/2025	34.700
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:			
No. IDENTIFICACIÓN:	C.C. No. 1004359090		

DATOS GENERALES DEL APOYANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1004350990	NÚMERO PLANILLA:	7965211703	TIPO DE PLANILLA:	INDEPENDIENTES
CIUDADANÍA:	Ciudadana	DEPARTAMENTO:	SANTA MARTA	PERÍODO COTIZACIÓN SALUD:	2025	AÑO:	2025
DIRECCIÓN:	DANIS 69729@gmail.com	TELÉFONO:	310 999 9999	DÍAS DE MORA:	2	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1434598719
TIPO DE APOYANTE:	INDEPENDIENTE	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per				
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO						
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SEHA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):							
UNICO							
NO							

ADMINISTRADORA		TOTAL APORTES A PENSION						TOTAL				
CODIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACION	EMPLEADOR	COTIZANTE	FSP	SUBSISTENCIA	COTIZACION	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 227,800		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 300	\$ 0	\$ 227,800	\$ 300	\$ 228,100
SUBTOTAL:												\$ 228,100

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	APOORTES	MORA	DESCUENTO	VALORI PAGADO
EPS002		1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 178.000	\$ 0	\$ 300	\$ 178.000	\$ 300	\$ 0	\$ 178.300
EPS002-SALUD TOTAL										\$ 178.000	\$ 0	\$ 300	\$ 178.000	\$ 300	\$ 0	\$ 178.300
SUBTOTAL PERSONAL EPS										\$ 178.000	\$ 0	\$ 300	\$ 178.000	\$ 300	\$ 0	\$ 178.300

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES									
ADMINISTRADORA		Nº. COTIZANTES	NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP	SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES	
CÓDIGO	NOMBRE		VALOR	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 0	\$ 0			\$ 34,700	\$ 100	\$ 100
14-23							\$ 34,700	\$ 100	\$ 100
SUBTOTAL:								\$ 34,700	\$ 200
TOTAL:								\$ 34,700	\$ 200

[illegible]

TOTAL PAGADO:	\$ 441.200
---------------	------------