| | | |
|---|---|---|
| HJMB Hospital Universitario Julio Méndez 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**

**ISAURA LEONOR SIMANCA SUAREZ**

**CON C.C N° 36.553.031**

**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 MENDEZ BARRENECHE. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | CD20261713 | **DE FECHA INICIO** | 13/3/2026 |

| 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) |
|---|---|
| 1 | se realizarón Recibo y entregar turno de manera puntual, siguiendo el protocolo establecido, toma de signos vitales a todos los usuarios ,traslado del paciente. |
| 2 | Se apoyó notificar inmediatamente a la Jefe de Enfermería sobre eventos adversos o incidentes en la atención y en la asepsia de consultorios y áreas de trabajo según protocolo Institucional |
| 3 | Se realzó uso racional de insumos, equipos y medios institucionales asignados. |
| 4 | Se mantuvo presentación personal idónea, respetando normas de bioseguridad y atención humanizada. |
| 5 | Se recibio la agenda diaria, verificar asistencia de los usuarios y garantizar su atención por parte del médico tratante |
| 6 | Se realizó manejo adecuado de elementos de protección personal (EPP) y segregación de residuos hospitalarios conforme al PGIRHS. |
| 7 | Se realizó todas y cada una de las actividades que asigno el supervisor del contrato |

**III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | 4645557863 | **OPERADOR:** | SOI |
| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
| **SALUD:** | COOSALUD | 1/4/2026 | 218.900 |
| **PENSIÓN:** | PROTECCION | 1/4/2026 | 0 |
| **RIESGOS LABORALES:** | POSITIVA | 1/4/2026 | 42.700 |

**IV.DECLARACIONES DEL CONTRATISTA**

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.

**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:** | Isaura Simanca S. |
| **N°. IDENTIFICACIÓN:** | 36.553.031 |