

**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
YANETH JUDITH HERRERA PION identificado con C.C. 39096676**

Fecha de Diligenciamiento: 2025-03-27

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: CD20250201 RP: 696 CDP: 2

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: 6.300.000,00 VALOR DE HONORARIOS PERIODO: 2.034.375,00

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 2025-01-10 FECHA DE FINALIZACION: 2025-03-31

NOMBRE DEL SUPERVISOR: BEATRIZ HELENA CAAMAÑO LEON

UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: UNIDAD FUNCIONAL DE PSIQUIATRÍA Y REHABILITACIÓN

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 Marzo

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

BEATRIZ HELENA CAAMAÑO LEON

39013365

UNIDAD FUNCIONAL DE PSIQUIATRÍA Y REHABILITACIÓN

YANETH JUDITH HERRERA PION
39096676
PARQUE DE BOLIVAR ETP 3 TORRE 9 APTA 103
3022386254
YAJUD1377@HOTMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

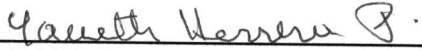
Fecha de Diligenciamiento:	2025-03-27		
NOMBRES Y APELLIDOS:	YANETH JUDITH HERRERA PION		
DOCUMENTO:	39096676		
DIRECCIÓN:	PARQUE DE BOLIVAR ETP 3 TORRE 9	TELÉFONO:	3022386254
CORREO ELECTRONICO:	YAJUD1377@HOTMAIL.COM		

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:	CD20250201						
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:	696	CDP:	2	FECHA INICIO:	2025-01-10	FECHA FINAL:	2025-03-31
VALOR CONTRATO:	6.300.000,00		VALOR A PAGAR:	2.034.375,00			
BANCO A CONSIGNAR:	BANCO SUDAMERIS	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	97010029050		
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:				Marzo			

FIRMA


YANETH JUDITH HERRERA PION
C.C. 39096676 expedida en PLATO MAGDALENA

	ACTA FINAL	CÓDIGO GJC29F VERSIÓN 007 FECHA ÚLTIMA DE REVISIÓN 12/12/2024 PÁGINA 1 de 1
--	-------------------	--

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20250201 DEL 2025

NO. DEL CONTRATO	CD20250201 DE 2025
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	YANETH JUDITH HERRERA PION
NO. DE IDENTIDAD	39096676
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 MÉNDEZ BARRENECHE.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 6.300.000 (SEIS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS) M / CTE
FORMA DE PAGO	El HUMB cancelará al CONTRATISTA en (3) pagos por valor de \$ 2.100.000 parciales de conformidad con el informe 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 marzo 2025
CDP	2
REGISTRO PRESUPUESTAL	676
FECHA DE ACTA DE INICIO	10 enero de 2025
FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO	31 DE MARZO 2025
ADICION	
CDP DE LA ADICION	NA
REGISTRO PRESUPUESTAL DE LA ADICION	NA
PLAZO ADICION	NA
FORMA DE PAGO ADICION	NA
FECHA DE TERMINACION DE CONTRATO CON ADICION.	NA
VALOR ADICION	NA
VALOR FINAL DEL CONTRATO	NA
SUPERVISOR DEL CONTRATO	BEATRIZ HELENA CAAMAÑO LEON

Entre los suscritos, BEATRIZ HELENA CAAMAÑO LEON mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 39.073.365 expedida en Santa Marta, obrando en calidad de P.E.U.F. PSQUIATRIA quien actúa como supervisor del contrato CD20250201 DEL 2025 por otra parte YANETH JUDITH HERRERA PION identificado con la cédula de ciudadanía No. 39096676 en su condición de contratista se reunieron para firmar acta de finalización de contrato.

Por último el hospital se declara que no existe emolumento alguno entre las partes y con todo concepto respecto de las obligaciones mutuas pactadas en el contrato prestación de servicios en referencia.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa en el mes de MARZO del año 2025

SUPERVISOR,

CONTRATISTA,

BEATRIZ HELENA CAAMAÑO LEON
 CC 8.742.789

YANETH JUDITH HERRERA PION
 39096676



FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO

CODIGO: GJC24F
 VERSION: 003
 FECHA DE ULTIMA MODIFICACION: 22/08/2024
 PAGINA: 1 de 1

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y

YANETH JUDITH HERRERA PION

CON C.C Nº 39096676

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. CD20250201 DE FECHA INICIO 10/1/2025

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	Recibi y entregue turnos acorde a la guía.
2	Atendi pacientes asignados en el area de hospitalización según las necesidades físicas, fisiológicas, psicológicas y sociales (toma de signos vitales, baño en cama, asistencia en la alimentación, toma de glucometrías, cambios de posición, arreglo de la unidad, toma de muestras de laboratorios, realicé venopunción, verifique signos de
3	Asistí al paciente en la alimentación enteral y parenteral.
4	Informé a la enfermera (o) de turno la seguridad del paciente de los incidentes y eventos adversos presentados en el servicio
5	Informé de las fallas de material y equipos del servicio.
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
7	Recibi y entregue a los pacientes a los diferentes servicios con la lista de chequeo correspondiente
8	Asistí a las rondas medicas y durante los procedimientos de estos.
9	Apoye a la enfermera (o) en los procedimientos (curaciones, colocación y retiro de sondas vesicales, sonda nasogastrica, electrocardiograma y otros procedimientos) y en
10	Realicé durante el turno, seguimiento diario y registré todas las actividades y evoluciones del paciente en la historia clínica (notas de Enfermería), en los tiempos
11	Observe y reporte los signos de alarma presentados por pacientes
12	Informé a la profesional Especializada de seguridad del paciente los incidentes y eventos adversos participé en reuniones para estudio de estos y todos los que deriven de
13	Proporcione orientación al paciente y familiar.
14	Atendí a los pacientes con trato humanizado en el turno y/o area asignada de la E.S.E.
15	Realicé asepsia general semanal y diaria al egreso del paciente , registrado en el formato correspondiente
16	clasifique, ordene y registre las lencerías del servicio a efectos de reposición de ropas y vestuarios relacionados al servicio de lavandería.
17	Realicé una adecuada segregación de los elementos de protección personal, residuos hospitalarios que se generaron en la atención de pacientes.
18	Recibi y registre oportunamente los elementos de protección personal y le di uso correcto a estos.
19	Le di uso correcto a la 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	Cuando fue necesario arreglé el cadáver y le entregue al familiar todas las pertenencias del paciente fallecido.
23	Informe a la enfermera(o) , médico de turno la fuga de pacientes.
24	Realicé seguimiento a la administración de los medicamentos por la enfermera(o)(farmacovigilancia).
25	Realicé proceso de esterilización del instrumental, insumos y dispositivos médicos, comprobé el correcto empaquetamiento de este y cumplí con los registros específicos.
26	Preparé los paquetes de material(confección de apósitos de gasa, torundas y otro material), coloque los controles químicos y biológicos necesarios, colocandole la fecha de
27	Clasifique el material de esterilización y compruebe el correcto empaquetamiento e introduce los diferentes paquetes según características. Colaboré en la puesta en marcha
28	Proporcione desde la zona intermedia todo el material necesario para la intervención (hojas de bisturíes, apósitos, ...) y mantuve la zona respuesta, limpia y ordenada.
29	Traslade al paciente a quirófano y realicé el monitoreo completo (pulsioxímetro, tensiometro, electrodos, placa de bisturi) para iniciar el procedimiento quirurgico.
30	Aseguré el correcto etiquetado de las muestras biológicas obtenidas durante la intervención y el envío a los laboratorios correspondientes (Anatomía patológica, Microbiología, etc..).
31	Revisé el funcionamiento de los equipos y elementos que se encuentran en la ambulancia y otros servicios: pulsioxímetro, aspirador, tensiometro, desfibrilador, etc...
32	Ayudé al médico en las maniobras de "soporte vital básico"(SVB) y "soporte vital avanzado"(SVA) que se aplicó al enfermo crítico.
33	Movilizé e inmovilizé al paciente con seguridad y rapidez en problemas traumatológicos y psiquiátricos, etc....
34	Al realizar traslado del paciente a otro servicio por medio de ambulancia. Antes: Recibi las ordenes del servicio, se le informo a los familiares que le van a realizar un procedimiento y deben estar listos media hora antes, se verifico el nombre del paciente, número de cama asignada, el estado del paciente, para ver si se podía transportar en silla de rueda o en camilla, verificando el acompañamiento del familiar, y mirar las condiciones de las venas y si estan permeables y con angiocath Nº 18 y reciente
35	Preparé al paciente para procedimientos (quirurgicos, medios diagnósticos como TAC, ecografías, estudios especializados).
36	Realicé registro de verificación de los pacientes que fueron sometidos a procedimiento quirurgicos (lista de chequeos).
37	Verifique el diligenciamiento del consentimiento en las transfusiones sanguíneas, autorización de procedimientos quirurgicos y de anestesia, además la declaración de
38	Llene el formato de transfusion sanguínea antes, durante y despues de la transfusion.
39	Preparé el equipo y paciente antes, durante y despues de la atención del parto
40	Atendí al recién nacido.
41	Preparé el equipo y a la paciente para el monitoreo fetal.
42	Actualicé el kardex y tarjetas de medicamento si la Enfermera(o) no se encontraba o estaba ocupada.
43	Controlé la entrada y salida de historias clínicas del consultorio(prestación de historias clínicas)
44	Surtí los consultorios de materiales, equipos, etc...
45	Recibi al paciente y la programación de cirugía ambulatoria, verifique que no tenga accesorios, no unas pintadas, no cabello mojado, que el paciente está afectado en la
46	Al recibir al paciente procedente de cirugía u otros servicios se verifico en la historia clínica esten los registros medicos y de enfermería llenos
47	Recogí las facturas de los paciente y verifique que estos aparezcan en el sistema
48	Bajo la resolución 1955 de 1999 y 839 de 2014 cumplí con el diligenciamiento de los RIPS, formato de seguimiento, evolución, facturación y registros propios de la ESE.
49	Le di uso adecuado y racional a los elementos, recursos y demás medios institucionales.
50	Garanticé la presencia oportuna, cuando se requirió hacer procedimientos y labores propias de auxiliar de enfermería en cualquier servicio de la ESE.
51	Respondí por los daños y perjuicios en salud que se generaron a un usuario por negligencia, omisión, descuido, olvido, exceso o cualquier otra acción imputable por mi
52	Permanecí atenta a comunicación las 24 horas del día para una fácil localización en caso de urgencias, para lo cual certifique el número telefónico.
53	La suspensión, cancelación y atrasos en la prestación de los servicios por incumplimiento en los turnos asignados sin justificación que ocasionen trastornos y/o
54	El valor mensual facturado dependiera de las actividades contratadas y cumplidas por mi parte (contratista) y verificadas por el supervisor asignado al contrato.
55	Reporte inmediatamente cualquier incapacidad a la profesional especializada de la unidad de Enfermería.
56	Desarrolle las actividades diluidas en el contrato por cumplimiento con la agenda de turnos y horas establecidas (192 horas).

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9482573242	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	26/3/2025	178,000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	26/3/2025	227,800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	26/3/2025	34,700

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

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

FIRMA DEL CONTRATISTA:

Yaneth Herrera P.

Nº. IDENTIFICACIÓN:

39096676

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		Razon Social		Clase Aportante		Sucursal Principal		Direccion		Ciudad-Departamento		Telefono		Exonerado SENA e ICBF	
Identificación	dv	HERRERA PION YANETH JUDITH		INDEPENDIENTE		PRINCIPAL		CALLE 46 B CRA. 65 -6		SANTA MARTA-MAGDALENA		6666666		No	
CC	39096676														

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago		Valor	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Limite	Pago	Dias Mora	Valor				
2025-02	1362145903	9482573242	1	2025/03/19	2025/03/26	NEQUI	7	\$42,500			

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)								
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$227,800	\$1,000	\$0	\$228,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)								
POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$34,700	\$200	\$0	\$34,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)								
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$178,000	\$800	\$0	\$178,800
TOTAL				1	\$440,500	\$2,000	\$0	\$442,500