E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA	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 ARMIS ISABEL ZAMBRANO HERNANDEZ identificado con C.C. 33067013

Fecha de Diligenciamiento:	2025-02-26

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:	CD20250101	RP:	144	CDP:	2
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	6.300.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:			2.100.000,00
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2025-01-21	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 Febrero

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES



BEATRIZ HELENA CAAMAÑO LEON
39013365
UNIDAD FUNCIONAL DE PSIQUIATRÍA Y REHABILITACIÓN

ARMIS ISABEL ZAMBRANO HERNANDEZ
33067013
CALLE 39 E 18A - 27
3008152242
ARMISZAMBRANO1207@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2025-02-26**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	ARMIS ISABEL ZAMBRANO HERNANDEZ		
DOCUMENTO:	33067013		
DIRECCIÓN:	CALLE 39 E 18A - 27	TELÉFONO:	3008152242
CORREO ELECTRONICO:	ARMISZAMBRANO1207@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:	CD20250101						
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:	144	CDP:	2	FECHA INICIO:	2025-01-21	FECHA FINAL:	2025-03-31
VALOR CONTRATO:	6.300.000,00			VALOR A PAGAR:	2.100.000,00		
BANCO A CONSIGNAR:	DAVIVIENDA			TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	117100082652
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Febrero**						

FIRMA

Armis Zambrano H.

ARMIS ISABEL ZAMBRANO HERNANDEZ
C.C. 33067013 expedida en MAGANGUE

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	**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

ARMIS ISABEL ZAMBRANO HERNANDEZ

C. C. 33067013

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 ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20250101	DE FECHA INICIO	21/01/2025

II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO
(Deben ser coherentes con las actividades especificas del objeto del contrato)

ITEM	
1	Recibí y entregue turnos acorde a la guía.
2	Atendí pacientes asignados en el area de hospitalización según las necesidades fisicas, fisiológicas, psicológicas y sociales(toma de signos vitales, baño en cama, asistencia en la alimentación, toma de glucometrias, cambios de posición, arreglo de la unidad, toma de muestras de laboratorios, realicé venopunción, verifique signos de flebites, instale y retire infusiones de liquidos, asepsia a implementos de trabajo como aspirador, riñoneras, pisimgos, patos cada vez que fuere necesario)
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 ingresarón y egresarón bajo la supervisión de la Enfermera(o).
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 marcar los rotulos en la hora de instalar medicamentos.
10	Realicé durante el turno, seguimiento diario y registré todas las actividades y evoluciones del paciente en la historia clinica (notas de Enfermería), en los tiempos regamentados.
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 la atención del paciente.
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	Realice asepsia general semanal y diaria al egreso del paciente , registrado en el formato correspondiente.
16	clasifique, ordene y registre las lencerias del servicio a efectos de reposición de ropas y vestuarios relacionados al servicio de lavanderia.
17	Realicé una adecuada segregación de los elementos de protección personal, residuos hospitalarios que se generaron en la atención d epacientes.
18	Recibí y registre oportunamente los elementos de protección personal y le di uso correcto a estos.
19	Le dí uso correcto a la administración de medicamentos.
20	Me adherí a protocolos, guias 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 especificos.
26	Preparé los paquetes de material(confección de apósitos de gasa, torundasy otro material), coloque los controles químicos y biológicos necesarios, colocandole la fecha de envasado y cerre los sobres de material.
27	Clasifique el material de esterilización y comprobe el correcto empaquetamiento e introduje los diferentes paquetes según caracteristicas. Colaboré en la puesta en marcha de los aparatos cumpliendo los registros especificos.
28	Proporcioné desde la zona intermedia todo el material necesario para la intervención (hojas de bisturies, apositos, ...(y mantuve la zona respuesta, limpia y ordenada.
29	Traslade al paciente a quirófano y realicé el monitoreo completo (pulsioximetro, tensiometro, electrodos, placa de bisturí) para iniciar el procedimiento quirurgico.
30	Aseguré el correcto etiquetado de las muestras biológicas obtenidas durante la intervenciòny el envio a los laboratorios correspondientes (Anatomía patológica, Microbiologia, etc.)
31	Revisé el funcionamineto de los equipos y elementos que se encuentran en la ambulancia y otros servicios: pulsoximetro, 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	Movilicé e inmovilicé al paciente con seguridad y rápidez en problemas traumatológicos y psiquiatricos, etc..
34	Al realizar traslado del paciente a otro servicioo por medio de ambulancia. Antes: Rrecibí 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 podia 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, ecografias, estudios especializados).
36	Realicé registro de verificación de los pacientes que fueron sometidos a procedimiento quirurgicos (lista de chequeos).
37	Verifiqué el diligenciasmiento del consentimiento en las transfusiones sanguineas, autorización de procedimientos quirurgicos y de anestesia, además la declaración de retiro voluntario, que estuvieran bien diligenciados.
38	Llene el formato de transfusión sanguinea antes, durante y después de la transfusión.
39	Preparé el equipo y paciente antes, durante y después de la atención del parto.
40	Atendí al recien nacido.
41	Prepare 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 d ehistorias clínicas)
44	Surtí los consultorios de materiales, equipos, etc...
45	notas de enfermería, se verifico la autorización para la cirugía, se admisionó y se traslado al piso correspondiente.
46	Al recibir al paciente procedente de cirugia u otros servicios se verificó en la historia clínica estén los registros médicos y de enfeermería 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 propis 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 requirio 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 generarón a un usuario por negligencia, omisión, descuido, olvido, exceso o cualquier otra acción imputable por mi culpa.
52	Permanecí atenta a comunicación las 24 horas del dia para una fácil localización en caso de urgencias, para lo cual certifique el número telefónico.
53	incumplimiento a un turno nocturno no tiene derecho al descanso.
54	El valor mensual facturado dependerá de las actividades contratadas y cumplidas por mi parte (contratista) y verificadas por el supervisor asignado al contrato.
55	Reporté inmediatamente cualquier incapacidad a la profesional especializada de la unidad de Enfermería.
56	Desarrollé las actividades difundidas 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:	7955954593	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	MUTUAL SER	18/02/2025	178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	18/02/2025	227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	18/02/2025	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

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

FIRMA DEL CONTRATISTA:	Armis Zambrano H.
N°. IDENTIFICACIÓN:	33067013

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	33067013
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ARMIS ISABEL ZAMBRANO HERNANDEZ ZAMBRANO
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	CL 29E 18A-27 EL MAYOR	TELÉFONO:	4232323
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	7955954593	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES enero AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	enero	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	13				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/02/18	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	—		1274925437

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.000	$ 0	$ 227.800	$ 2.000	$ 229.800
SUBTOTALES:										**$ 227.800**	**$ 2.000**	**$ 229.800**

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	VALOR PAGADO
ESSC07	ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 1.600	$ 0	$ 178.000	$ 1.600	$ 0	$ 179.600
SUBTOTALES:													**$ 178.000**	**$ 1.600**	**$ 0**	**$ 179.600**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 34.700	$ 34.700	$ 300	$ 0	$ 35.000
SUBTOTALES:									**$ 34.700**	**$ 300**	**$ 0**	**$ 35.000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES															SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																									PENSIÓN								SALUD						ARP						CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS 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 APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 33067013	ZAMBRANO HERNANDEZ ARMIS ISABEL	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.423.500				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS	30	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500	33067013	$ 34.700	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 444.400