| | | |
|---|---|---|
| E.S.E. 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**

**CIELO DE LA VICTORIA MENDEZ**

**CON C.C Nº 36.548.216**

**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.** | **CD20262249** | **DE FECHA INICIO** | 16/6/2026 |

| **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 específicas 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 realizó 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:** | **4656241892** | **OPERADOR:** | **SOI** |
| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
| **SALUD:** | **SANITAS** | **14/7/2026** | **220.200** |
| **PENSIÓN:** | **COLPENSIONES** | **14/7/2026** | **281.900** |
| **RIESGOS LABORALES:** | **POSITIVA** | **14/7/2026** | **43.000** |

**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:** | **36.548.216** |