SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO– GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 02
FECHA: 2020-05-04

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| No. CONTRATO - OPS: | PS 4611 2021 | C.D.P. No.: | 747 | Proceso al que pertenece: | PROCESO ASISTENCIAL/ENFERMERIA |
| | | | | Unidad a la que pertenece: | UNIDAD SANTA CLARA |
| Nombre del Contratista: | RONALD ALEXANDER BELTRAN ROA | | | C.C. | 1.033.817.853 de: BOGOTA |
| Fecha Inicio: | 2021-03-26 | Fecha Terminación incial: | 2021-04-30 | Valor Mensual: | $ 1.652.400 Valor a cobrar: $ 1.652.400 |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 3.029.400 | 1224 | 2021-01-05 | 2021-06-15 |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 22 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | ABRIL | $ 1.652.400 | $ 0 | 0 |
| 5 | MAYO | $ 1.652.400 | $ 286.700 | 50585304 |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 22 | | | | |

Resumen de contrato

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 2.356.200 | $ 5.385.600 | $ 3.304.800 | $ 2.080.800 |

## 2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

### OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIAL EN LOS PROCESOS DE GESTIÓN HOSPITALARIA, URGENCIAS Y QUIRURGICOS, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2021-05-01 Hasta: 2021-05-31

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | indentificar las infecciones asociadas a la atencion en salud | Informo sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería. | SE RECIBE TURNO EN URGENCIAS UNIDAD DE URMA COVID Y SE FIRMA LIBRO |
| 2 | Controlar los signos vitales de cada uno de los pacientes asignados con la periodicidad requerida según orden médica, orden de Enfermería y protocoló institucional, informando al médico y enfermera las alteraciones encontradas y registrándolas en la historia clínica digital. | Cumple con los procedimientos y protocolos hospitalarios del servicio, tendientes a promover la recuperacion del paciente. | SE REALIZA CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES A HORARIO EN NOTA DE ENFERMERIA ESCRITA |
| 3 | participar en las investigaciones de brotes y efectuar notificaciones inmediatas obligatorias de infecciones intrahospitalarias en caso de confirmacion y ejecucion de las intervenciones requeridas | distribuir los pacientes las actividaes especificas del servicio que deben desarrollar de acuerdo con el plan de cuidado del paciente | SEGÚN LA ASIGNACION DE PACIENTES SE REALIZAN LAS ACTIVIDADES, SE VERIFICAN GOTEO DE LIQUIDOS, VENOPUNCION Y TOMA DE PARACLINICOS |
| 4 | velar por el cumplimiento de la normatividad institucional local y nacional respecto a 1AAS | promover la recuperacion del paciente | SE REALIZAN RONDAS DE ENFERMERIA VERIFICANDO EL ESTADO DEL PACIENTE |
| 5 | analizar la informacion del comportamiento de 1AAS unto con infectologia a las espacialidades involucadas en los casos | tener en cuenta las ordenes medicas, evolucion y reportes diagnosticos para valorar la evolucion del paciente y garantizar integridad en el manejo de la informacion | SE REALIZAN LOS PROCEDIMIENTOS SEGÚN ORDENES MEDICAS |
| 6 | participa en la vigilancia de los protocolos o guias de procedimientos y normas de bioseguridad | deja constancia cientifica y legal de lo actuado | SE HACEN NOTAS DE ENFERMERIA DE FORMA ESCRITA |
| 7 | participa en los procesos de capacitacion por el personal de la institucion | consolidar la proteccion de la unidad y las especialidades | ASISTO A CAPACITACIONES SEGÚN PROGRAMACION DE LA INSTITUCION |
| 8 | Asistir a reuniones mensuales y extraordinarias cuando sean necesarias y sean programadas por la entidad. | asistir a las reuniones mensuales y extraordinarias cuando sea necesario | SI, CUANDO ME CITAN SI |
| 9 | realizar registro y el envio oportuno de los informes solicitados porla institucion u o entidad | para el desarrollo y formacion del recurso humano en salud | SE VERIFICA HISTORIA CLINICA Y SE REALIZAN NOTAS DE ENFERMERIA DINAMICA |
| 10 | notificar los sucesos de calidad que se presentan en el servicio | mejoramiento continuo de la calidad de la atencion del paciente | EN CASO DE QUE HAYA UN SUCESO SE REPORTA A SEGURIDAD AL PACIENTE POR LOS MEDIOS ESTABLECIDOS |
| 11 | participar en los analisis a los que sea convocados | promover procesos de mejoramiento continuo | DAR EDUCACION AL FAMILIAR Y AL PACIENTE SGUN PROTOCOLOS INSTITUCIONALES |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 12 | acompañar y observar la implementacion de las acciones de mejora definidas por los diferentes servicios | realizar los pedidos con oportunidad y suficiencia velar por el uso racional de los insumos | HACER BUEN USO DE LOES ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL |
| 13 | participar en la elaboracion y actualizacion de los manuales de normas procedimientos y protocolos asistenciales del area | unificar criterios en el desarrollo de las actividades | VERIFICAR Y CUMPLIR CON EL BUEN FUNCIONAMIENTO DE LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES |
| 14 | mantener la reserva de la informacion | conocer y plantear nuevas alternativas de diagnosticos y manejos de pacientes | CONFIDENCIALIDAD DEL DIAGNOSTICO DEL PACIENTE |
| 15 | informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte al cumplimiento de sus obligaciones | velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad salud ocupacional gestion ambiental y calidad | AVISAR SOBRE LOS FALTANTES DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL |
| 16 | Asistir al comité institucional y tecnico distrital de infecciones intrahospitalarias | | ASISTIR A CAPACITACIONES QUE NOS PROGRAMEN |

| | |
|---|---|
| Observaciones: | Firma del Contratista |
| Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.<br>En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro | C.C. 1.033.817.853 de BOGOTA |

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| NOMBRE: | NISI JOHANNA ALVAREZ RIVERA |
| CARGO: | ENFERMERA |
| FIRMA | |

Enfermera Profesional
RU[illegible]125
F.S.A.A.

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1033817853 | RONALD ALEXANDER BELTRAN ROA | Tv 18q bis #61b 63sur | 7900079 | alexisbelk6@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2021-04 | 2021-04 | I | | 50585304 | $286.700 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 113.600 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 113.600 | 1 |

| TOTALES PENSIÓN | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 231001 | Colfondos | 800227940-6 | 145.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 145.400 | 1 |

| TOTALES RIESGOS LABORALES | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 22.200 | | | | 22.200 | 0 | 0 | 22.200 | | | 222 | 22.200 | 1 |

| TOTALES CAJAS | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 5.500 | 0 | 0 | 5.500 | 1 |

| TOTALES PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

| TOTALES POR SUBSISTEMA | | | |
|---|---|---|---|
| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud | 1 | 113.600 | 113.600 |
| Pensión | 1 | 145.400 | 145.400 |
| Riesgos Laborales | 1 | 22.200 | 22.200 |
| CCF | 1 | 5.500 | 5.500 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 4 | 286.700 | 286.700 |

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**

**NIT: 900959051-7**

DEBE A : Ronald Alexander Beltran Roa

CEDULA: 1033 817 853 DE Bogota D.C

OPS 4611 2021

LA SUMA DE : Un millon Seiscientos Cincuenta y dos m/l Cuatrocientos

($ 1'652.400 ).

POR CONECPTO DE : REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS O HONORARIOS COMO Auxiliar de Enfermeria .

NOMBRE: Ronald Alexander Beltran Roa

CEDULA: 1033 817 853 DE Bogota

TELEFONO: 320 460 3035

DIRECCION: Tv 18q #61b 63 sur