Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

**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 3845 2021 | **C.D.P. No.:** | 305 | **Proceso al que pertenece:** | URGENCIAS / ASISTENCIAL / AUXILIAR ENFERMERIA AMBULANCIA |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | TRASLADOS SECUNDARIOS |
| **Nombre del Contratista:** | JOHANNA CARLINA SANCHEZ HURTADO | | | **C.C.** | 52.952.629 **de:** BOGOTÁ D.C |
| **Fecha Inicio:** | 2021-02-15 | **Fecha Terminación incial:** | 2021-03-31 | **Valor Mensual:** | $ 1.652.400 **Valor a cobrar:** $ 2.423.520 |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 1.652.400 | 774 | 1/04/2021 | 30/04/2021 |
| 2 | $ 4.048.380 | 1204 | 1/05/2021 | 15/06/2021 |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 1.652.400 | $ 259.000 | 48476691 |
| 2 | MARZO | $ 2.093.040 | $ 264.500 | 8349089133 |
| 3 | ABRIL | $ 1.872.720 | $ 264.500 | 49645911 |
| 4 | MAYO | $ 2.423.520 | $ 264.500 | 50394966 |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 3.525.120 | $ 9.225.900 | $ 8.041.680 | $ 1.184.220 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES (DE SU PROFESIÓN), CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y LA VISIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

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

| | OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO | |
|---|---|---|---|
| | | ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
| 1 | Recibir y entregar turno de acuerdo a los protocolos de la entidad | Recibí y entregué turno de acuerdo a los protocolos de la entidad | Bitacora de entregas la movil asignada |
| 2 | Controlar los signos vitales de cada uno de los pacientes trasladados dentro de las unidades de la Subred con la periodicidad requerida según condición clinica informando al médico y enfermera las alteraciones encontradas y registrándolos en la historia clinica del traslado | Controlé los signos vitales de cada uno de los pacientes trasladados dentro de las unidades de la Subred con la periodicidad requerida según condición clinica informando al médico y enfermera las alteraciones encontradas y registrándolos en la historia clinica del traslado | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 3 | Orientar a los familiares de los pacientes para exámenes diagnóstico de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnologia requerida, según normas establecidas para cada procedimiento | Orienté a los familiares de los pacientes para exámenes diagnóstico de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnologia requerida, según normas establecidas para cada procedimiento | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 4 | Realizar actividades propias del cuidado de enfermeria previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud | Realicé actividades propias del cuidado de enfermeria previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 5 | Notificar inmediatamente las acciones inseguras ocurridos a sus pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el aplicativo dispuesto para ello | Notifiqué inmediatamente las acciones inseguras ocurridos a mis pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el aplicativo dispuesto para ello | Historia clinica registrada en el aplicativo Dinamica Gerencial |
| 6 | Informar a la enfermera jefe del servicio y médico tratante, sobre los cambios del estado clinico de los pacientes en forma oportuna y adecuada | Informé a la enfermera jefe del servicio y médico tratante, sobre los cambios del estado clinico de los pacientes en forma oportuna y adecuada | Historia clinica registrada en el aplicativo Dinamica Gerencial |
| 7 | Realizar la lista de chequeo instaurada en la subred, verificando cumplimiento de requerimiento de los pacientes que van a ser trasladados | Realicé la lista de chequeo instaurada en la subred, verificando cumplimiento de requerimiento de los pacientes que van a ser trasladados | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 8 | Mantener limpia y ordenada la ambulancia asignados durante el turno | Mantuve limpia y ordenada la ambulancia asignados durante el turno | Bitacora de entregas la movil asignada |
| 9 | Realizar registros clinicos en forma oportuna, diligenciando todas las casillas correctamente y dando cumplimiento a la resolución 1995/1999, entregando el soporte en un término no mayor a 24 horas en el área correspondiente | Realicé registros clinicos en forma oportuna, diligenciando todas las casillas correctamente y dando cumplimiento a la resolución 1995/1999, entregando el soporte en un término no mayor a 24 horas en el área correspondiente | Historia clinica registrada en el aplicativo Dinamica Gerencial |
| 10 | Cumplir las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás politicas Institucionales | Cumplí las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás politicas Institucionales | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 11 | Responder por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la camilla de la móvil | Respondí por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la camilla de la móvil | Bitacora de entregas la movil asignada |
| 12 | Aplicar, acatar y cumplir con los procesos, procedimientos, guias y demás normas definidas por la entidad, de conformidad con el objeto del contrato | Apliqué, acaté y cumplí con los procesos, procedimientos, guias y demás normas definidas por la entidad, de conformidad con el objeto del contrato | Bitacora de entregas la movil asignada |
| 13 | Contar con la disposición de asistir a reuniones y capacitaciones programadas por la entidad | Conté con la disposición de asistir a reuniones y capacitaciones programadas por la entidad | Actas de capacitacion del mes cobrado |
| 14 | Realizar la desinfección oportuna de la camilla de acuerdo al protocolo establecido para ello y según patologia del paciente | Realicé la desinfección oportuna de la camilla de acuerdo al protocolo establecido para ello y según patologia del paciente | Bitacora de entregas la movil asignada / Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 15 | Reponer en farmacia los insumos utilizados por el paciente durante el traslado | Repuse en farmacia los insumos utilizados por el paciente durante el traslado | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 16 | Recibir y entregar al paciente a la enfermera del servicio correspondiente de acuerdo a la unidad de origen y de destino | Recibí y entregué al paciente a la enfermera del servicio correspondiente de acuerdo a la unidad de origen y de destino | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 17 | Realizar el control de liquidos administrados y eliminados registrando en forma oportuna y adecuada los resultados | Realicé el control de liquidos administrados y eliminados registrando en forma oportuna y adecuada los resultados | Bitacora de entregas la movil asignada |
| 18 | Portar el uniforme de forma adecuada teniendo en cuenta las normas de presentación personal | Porté el uniforme de forma adecuada teniendo en cuenta las normas de presentación personal | Ningun llamado de atencion por presentacion personal |
| 19 | Ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada conservando el respeto por la dignidad humana | Ofrecí trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada conservando el respeto por la dignidad humana | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 20 | Impartir educación al paciente y a la familia sobre los cuidados especificos a tener en casa de acuerdo a la situación clinica del paciente | Impartí educación al paciente y a la familia sobre los cuidados especificos a tener en casa de acuerdo a la situación clinica del paciente | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 21 | Mantener la reserva de la información clinica y personal de los pacientes | Mantuve la reserva de la información clinica y personal de los pacientes | Historia clinica registrada en el aplicativo Dinamica |
| 22 | Ejercer las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio | Ejercí las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 23 | Recibir y entregar el turno de acuerdo a lo acordado con el Supervisor y de conformidad al objeto misional de la Entidad | Recibí y entregué el turno de acuerdo a lo acordado con el Supervisor y de conformidad al objeto misional de la Entidad | Bitacora de entregas la movil asignada |
| 24 | Conocer y cumplir la politica de seguridad del paciente reportar evento adverso e incidentes datos que servirán para formula acciones de mejoramiento o planes de mejoramiento | Cumplí la politica de seguridad del paciente reportar evento adverso e incidentes datos que servirán para formula acciones de mejoramiento o planes de mejoramiento | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 25 | Utilizar el teléfono institucional para tramite dentro de la SISSCO, propender por el adecuado uso y tener cargado el equipo todo el tiempo | Utilizar el teléfono institucional para tramite dentro de la SISSCO, propender por el adecuado uso y tener cargado el equipo todo el tiempo | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 26 | Conocer y cumplir con las recomendaciones que la ARL Y/O Area de Seguridad y Salud en el Trabajo recomienden con ocasion a la realizacion de su actividad contractual que lo clasifique como riesgo 4 o 5 | Conocer y cumplir con las recomendaciones que la ARL Y/O Area de Seguridad y Salud en el Trabajo recomienden con ocasion a la realizacion de su actividad contractual que lo clasifique como riesgo 4 o 5 | Planilla de pago de aportes sociales |

**Observaciones:**

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

**Firma del Contratista**

**C.C.** 52.952.629 **de** BOGOTÁ D.C

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | Maria Angelina Quiñones Sandoval |
| **CARGO:** | Directora Técnica de Urgencias |
| **FIRMA** | Maria Angelina Quiñones |

**CUENTA DE COBRO No. 03 Mes MAYO de 2021**

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD**
**CENTRO ORIENTE E.S.E.**
**Nit. 900.959.051.7**

**DEBE A:**

**Nombre:** JOHANNA CARLINA SANCHEZ HURTADO

**C.C. No** 52952629

La suma de: $2.423.520

Total horas: 264

Por concepto

Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. **PS 3845 2021**, correspondiente al mes de MAYO DE 2021.

OBJETO: PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES, DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE **AUXILIAR ENFERMERIA AMBULANCIA** PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES, EN LOS DIFERENTES SERVICIOS Y EN LAS UNIDADES QUE SE REQUIERA, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Cordialmente,

JOHANNA CARLINA SANCHEZ HURTADO

C.C. No. 52952629

Teléfono: 3504150890

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 | 52952629 | JOHANNA CARLINA SANCHEZ HURTADO | | carrera 3 sur numero 22b-54 | 3124299503 | jcsanchezhurtado@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 | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2021-04 | 2021-04 | I | 05/05/2021 | 50394966 | $264.500 | |

## 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 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 | | | | | | | | | | |

**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 | 0 | 0 | 0 |
| CCF | 1 | 5.500 | 5.500 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 264.500 | 264.500 |

COPIA

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