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**

192

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. CONTRATO - OPS:** | PS26652021 | **C.D.P. No.:** | 1720 | **Proceso al que pertenece:** | MEDIANA COMPLEJIDAD ASISTENCIAL |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | SAN BLAS |
| **Nombre del Contratista:** | JINNA MARCELA VALENCIA PARRA | | | **C.C.** | 1.022.984.747 **de:** BOGOTA |
| **Fecha Inicio:** | 2021/02/02 | **Fecha Terminación inicial:** | 2021/03/31 | **Valor Mensual:** | $ 1.625.240 **Valor a cobrar:** $ 1.762.560 |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 2.478.600 | 792 | 4/1/2021 | 4/30/2021 |
| 2 | $ 3.304.800 | 1224 | 5/1/2021 | 6/15/2021 |
| 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 | $ 1.542.240 | $ 281.200 | 1035803073 |
| 2 | MARZO | $ 1.652.400 | $ 281.200 | 1035813414 |
| 3 | ABRIL | $ 1.652.400 | $ 281.200 | 1036573454 |
| 4 | MAYO | $ 1.762.560 | $ 281.200 | 1036834176 |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 4.957.200 | $ 10.740.600 | $ 6.609.600 | $ 4.131.000 |

## 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 AUTOMA EN SU CONDICION DE TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ASISTENCIAL EN LOS PROCESOS DE GESTION HOSPITALARIA, URGENCIAS Y QUIRURGICOS, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E

**Relación de actividades para el periodo:** **Desde:** 2020/05/01 **Hasta:** 2020/05/31

| | OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCION DEL DESARROLLO | |
|---|---|---|---|
| | | ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
| 1 | PRESTAR EL SERVICIO DE CONFORMIDAD CON LA PROGRAMACION DE AGENDA ACORDADA CON EL SUPERVISOR DEL CONTRATO, PARA EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES. | Cumple con el protocolo de recibo y entrega de turno. | REVISTA REALIZADA POR JEFE SUPERVISORA DE SERVICIO. |
| 2 | CONTROLAR LOS SIGNOS VITALES DE CADA UNO DE LOS PACIENTES ASIGNADOS CON LA PERIODICIDAD REQUERIDA SEGUN ORDEN MEDICA, ORDEN DE ENFERMERIA Y PROTOCOLO INSTITUCIONAL INFORMANDO AL MEDICO Y ENFERMERA LAS ALTERACIONES ENCONTRADAS Y REGISTRANDOLAS EN LA HISTORIA CLINICA DIGITAL | Realiza el control de signos vitales de los pacientes a cargo de acuerdo a la orden médica y al estado del paciente de acuerdo con el protocolo institucional. | LISTADOS DE REGISTROS DE ENFERMERIA. |
| 3 | ORIENTAR Y PREPARAR A LOS PACIENTES PARA EXÁMENES DIAGNOSTICO DE ACUERDO CON LOS PROTOCOLOS DE MANEJO Y TECNOLOGIA REQUERIDA SEGÚN NORMAS ESTABLECIDAS PARA CADA PROCEDIMIENTO | Participa en la preparación de los pacientes a cargo para exámenes diagnósticos de acuerdo con lo requerido por cada procedimiento. | LISTA DE CHEQUEO. |
| 4 | REALIZAR ACTIVIDADES PROPIAS DEL CUIDADO DE ENFERMERIA PREVINIENDO ACCIONES INSEGURAS EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD | Aplica las medidas necesarias para prevenir los eventos adversos como son las barreras de seguridad implementadas en la institucion | PROTOCOLO DE BIENVENIDAD-REGISTRO DE IDENTIFICACIONES DE RIESGO DE CAIDAS Y UPP |
| 5 | NOTIFICAR INMEDIATAMENTE LAS ACCIONES INSEGURAS OCURRIDAS A SUS PACIENTES AL MEDICO DE TURNO , JEFE INMEDIATO Y EN EL SISTEMA DE REPORTE | Realiza notificación de eventos ocurridos mediante los diferentes medios para ello | NOTIFICACION EN LA INTRANET-VERIFICACION DE CODIGO DE REPORTE. |
| 6 | INFORMAR A A LA ENFERMERA JEFE DEL SERVICIO Y AL MEDICO TRATANTE , SOBRE LOS CAMBIOS DEL ESTADO CLINICO DE LOS PACIENTES EN FORMA OPORTUNA Y ADECUADA. | Informa al médico y enfermera todo cambio en el estado clínico de los pacientes de forma oportuna. | REGISTRO EN NOTAS DE ENFERMERIA. |
| 7 | REVISAR LA HISTORIA CLINICA DE LOS PACIENTES ASIGNADOS CONOCIENDO SU EVOLUCION DIARIA, TRATAMIENTO, PARA REALIZAR EL PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA INTEGRAL DEL PACIENTE | Revisa la historia clínica de los pacientes asignados realizando el plan de cuidados de acuerdo con el estado de los mismos. | NOTAS DE ENFERMERIA. |
| 8 | MANTENER LIMPIO Y ORDENADO LA UNIDAD DE LOS PACIENTES ASIGNADOS DURANTE EL TURNO | Mantiene el orden la unidad de los pacientes a cargo durante el turno. | FORMATO DE REGISTRO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION DE LA UNIDAD DEL PACIENTE |
| 9 | REALIZAR REGISTROS CLINICOS EN FORMA OPORTUNA , DILIGENCIANDO TODAS LAS VARIABLES CORRECTAMENTE Y DANDO CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 1995 DE 1999 Y MANTENER ORGANIZADAS LAS HISTORIAS CLINICAS DE ACUERDO AL MANUAL Y NORMATIVIDAD VIGENTE DE LA ENTIDAD. | Realiza los registros clínicos de acuerdo con la resolución 1995/1999. | REGISTRO EN NOTA DE ENFERMERIA. |
| 10 | CUMPLIR LAS NORMAS INSTITUCIONALES DE BIOSEGURIDAD,VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA,GESTION AMBIENTAL, SALUD OCUPACIONAL Y DEMAS POLITICAS INSTITUCIONALES | Cumple con las normas del comité de epidemiología. | SUPERVISION POR COORDINADORA DE ENFERMERIA QUE APLICA LISTA DE CHEQUEO EN LAVADO DE MANOS,FORMATO DE DESINFECCION Y MANEJO DE RESIDUOS |
| 11 | RESPONDER POR LOS INVENTARIOS , CONSERVACION Y USO ADECUADO DE LOS EQUIPOS, ELEMENTOS E INSUMOS, AL IGUAL QUE EL CUIDADO DE LA INFRAESTRUCTURA DEL SERVCIO Y/O AREA DONDE SE ENCUENTRE DESARROLLANDO LAS ACTIVIDADES | Realiza el cuidado y la custodia de los equipos, elementos e insumos del servicio asignado. | DILIGENCIAMIENTO DE LIBROS CORRESPONDIENTES PARA INVENTARIO |
| 12 | CUMPLIR CON LOS PROCESOS, PROCEDIMIENTOS GUIAS Y DEMAS NORMAS DEFINIDAS POR LA ENTIDAD, DE CONFORMIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO. | Realiza notificación de eventos ocurridos mediante los diferentes medios para ello. | REPORTE DE SUCESO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE. |
| 13 | ASISTIR A REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA ENTIDAD. | Asiste a las reuniones de grupo funcional y capacitaciones que se programan por la institución. | LISTADO DE ASISTENCIA. |
| 14 | REALIZAR LA DESINFECCION DE MANERA OPORTUNA DE LA UNIDAD DEL PACIENTE DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES | Realiza la desinfección oportuna de las camas libre aportando con el giro cama. | FORMATO DE REGISTRO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION DE LA UNIDAD DEL PACIENTE |
| 15 | REALIZAR LA TOMA OPORTUNA DE LAS MUESTRAS DE LABORATORIO QUE REQUIERAN LOS PACIENTES CON EL FIN DE AGILIZAR EL TRATAMIENTO. | Aplica el manual de toma de muestras de laboratorio clínico | REGISTRO DE ACTIVIDADES DE ENFERMERIA PROCEDIMIENTOS. |
| 16 | ASISTIR EN LA ALIMENTACION A LOS PACIENTES ASIGNADOS CONSERVANDO LAS PRECAUCIONES ESTABLECIDAS SEGUN EL CASO. | Asiste a los pacientes en sus necesidades alimentarias. | REGISTRO DE OTRAS ACTIVIDADES DE ENFERMERIA DIETA. |
| 17 | REALIZAR EL CONTROL DE LIQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS REGISTRANDO EN FORMA OPORTUNA Y ADECUADA LOS RESULTADOS DE ACUERDO AL PROTOCOLO INSTITUCIONAL. | Realiza el control de líquidos administrados y eliminados de forma oportuna aplicando el protocolo institucional. | CONSULTA DE ENFERMERIA REIGSTRO DE LIQUIDOS EN DINAMICA. |
| 18 | PORTAR EL UNIFORME TENIENDO EN CUENTA LAS NORMAS DE HIGIENE Y BIOSEGURIDAD DE LA SUBRED | Porta el uniforme de forma adecuada y las normas de bioseguridad y presentación personal. | REVISTA REALIZADA POR JEFE COORDINADORA DE SERVICIO. |
| 19 | OFRECER TRATO CON CALIDEZ Y CALIDAD AL PACIENTE Y LA FAMILIA DANDO UNA ATENCION HUMANIZADA , CONSERVANDO EL RESPETO POR LA DIGNIDAD HUMANA. | Brinda un cuidado humanizado a los pacientes y a sus familias. | FORMATO DE INFORMACION Y EDUCACION AL PACIENTE Y LA FAMILIAR. |
| 20 | IMPARTIR EDUCACION AL PACIENTE Y A LA FAMILIA SOBRE LOS CUIDADOS ESPECIFICOS A TENER EN CASA DE ACUERDO A LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE | Brinda educación a los pacientes y sus familias de acuerdo con la patología de base. | FORMATO INFORMACION Y EDUCACION AL PACIENTE Y LA FAMILIA. |
| 21 | MANTENER LA RESERVA DE LA INFORMACION CLINICA Y PERSONAL DE LOS PACIENTES. | Maneja la confidencialidad de la información de los pacientes. | CUSTODIA DE LA HISTORIA CLINICA. |
| 22 | EJERCER LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE LA FORMACION TECNICA DE CONFORMACION CON LAS NORMAS Y/O REGLAMENTOS DE ACUERDO AL OBJETO CONTRAACTUAL Y LAS NECESIDADES DEL SERVICIO, CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO. | Prestacion de servicios de apoyo en condicion de Tecnico Auxiliar en Enfermeria para la ejecucion de actividades asistenciales en los procesos de gestion hospitalaria,urgencias y quirurgicos,conforme a las necesidades de las Subred Integrada de Servicos de Salud E.S.E | ACEPTACION DEL CONTRATO. |

**Observaciones:**

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

marcela Valencia
**Firma del Contratista**

**C.C.** 1.022.984.747 **de** BOGOTA

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| NOMBRE: | Melba Quintero |
| CARGO: | |
| FIRMA | |

P/p

Yaneli Martínez
ENFERMERA JEFE
C.52.872.358
FUCS

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2021-05-07, 03:59:37 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1036834176

**Periodo Cotización:** abril de 2021 **Periodo Servicio:** abril de 2021 **Referencia pago (PIN):** 8836916350

**PAGADO 07/05/2021**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | JINNA MARCELA VALENCIA PARRA | | |
| **Documento** | CC1022984747 | **Dirección** | CALLE 97 SUR N 4 36 ESTE virrey |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3017263327 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | SEGUROS BOLIVAR |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días APP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 1022984747 | JINNA MARCELA VALENCIA PARRA | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (230301) PORVENIR | $ 908.526 | $ 145.400 | (EPS016) COOMEVA EPS | $ 908.526 | $ 113.600 | 2,436 | $ 908.526 | $ 22.200 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 281.200 |

## III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 908.526 | $ 908.526 | $ 908.526 | $ 0 | $ 145.400 | $ 113.600 | $ 22.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 281.200 | $ 0 | $ 281.200 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

**CUENTA DE COBRO (Consecutivo) No. 5 del Mes de Mayo de 2021**

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

**DEBE A:**

**Nombre:** Jinna marcela valencia Parra.

**C.C. No.** 1022.984747

La suma de: $ 1762560

Total Horas: 192 horas

Por concepto de:

- Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. PS 2665-2021 correspondiente al mes de Mayo de 2021.

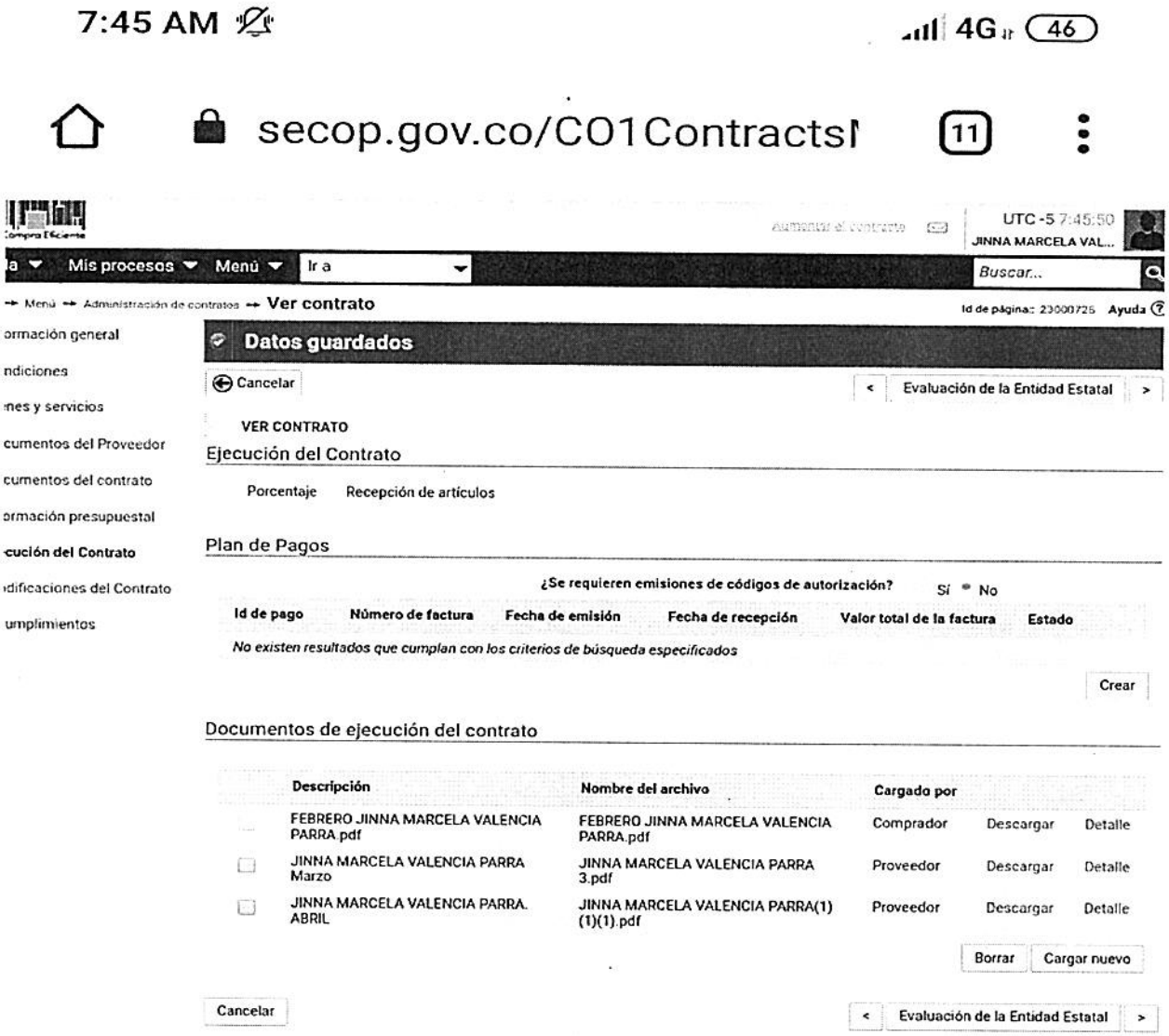
OBJETO: PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES, DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA, EN SU CONDICIÓN DE Auxiliar enfermeria PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES, EN LOS DIFERENTES SERVICIOS Y EN LAS UNIDADES QUE SE REQUIERA, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO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

Cordialmente,

**C.C. No.** 1022.984747

**Dirección:** calle 33 sur # 52 c19

**Teléfono:** 3017263327


7:45 AM
4G
46
secop.gov.co/CO1ContractsI
11
Aumentar el contraste
UTC-5 7:45:50
JINNA MARCELA VAL...
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Menú → Administración de contratos → Ver contrato
Id de página: 23000725
Ayuda
ormación general
ndiciones
nes y servicios
cumentos del Proveedor
cumentos del contrato
ormación presupuestal
cución del Contrato
idificaciones del Contrato
umplimientos
Datos guardados
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal
VER CONTRATO
Ejecución del Contrato
Porcentaje
Recepción de artículos
Plan de Pagos
¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?
Sí
No
Id de pago
Número de factura
Fecha de emisión
Fecha de recepción
Valor total de la factura
Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados
Crear
Documentos de ejecución del contrato
Descripción
Nombre del archivo
Cargado por
FEBRERO JINNA MARCELA VALENCIA PARRA.pdf
FEBRERO JINNA MARCELA VALENCIA PARRA.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
JINNA MARCELA VALENCIA PARRA Marzo
JINNA MARCELA VALENCIA PARRA 3.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
JINNA MARCELA VALENCIA PARRA. ABRIL
JINNA MARCELA VALENCIA PARRA(1)(1)(1).pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal