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**

180

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. CONTRATO - OPS:** | PS 2594 2021 | **C.D.P. No.:** | 302 | **Proceso al que pertenece:** | MEDIANA COMPLEJIDAD ASISTENCIAL |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | SAN BLAS |

**Nombre del Contratista:** DIANA MARCELA ROJAS RONDON **C.C.** 1.013.596.701 **de:** BOGOTA

| **Fecha Inicio:** | 2021-02-01 | **Fecha Terminación inicial:** | 2021-04-30 | **Valor Mensual:** | $ 3.060.000 | **Valor a cobrar:** | $ 3.060.000 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 4.590.000 | 792 | 10/03/2021 | 30/04/2021 |
| 2 | $ 6.018.000 | 1224 | 1/05/2021 | 15/06/2021 |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 3.060.000 | $ 378.800 | 48600372 |
| 2 | MARZO | $ 3.264.000 | $ 404.000 | 49242672 |
| 3 | ABRIL | $ 2.860.000 | $ 378.800 | 49647823 |
| 4 | MAYO | $ 3.060.000 | $ 378.800 | 50485707 |

| Resumen de contrato | VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|---|
| | $ 8.160.000 | $ 18.768.000 | $ 12.244.000 | $ 6.524.000 |

## 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 ENFERMERA PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE GESTION HOSPITALARIA, URGENCIAS Y QUIRURGICOS, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUB RED 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 ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCION DEL DESARROLLO | |
|---|---|---|---|
| | | ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
| 1 | EJECUTAR PROCEDIMIENTOS Y CUIDADOS A LOS PACIENTES QUE POR SU ESTADO CRITICO ASI LO REQUIEREN | Cuando llegan pacientes o alguno de hospitalización se complica, se brinda un cuidado mas riguroso, se reliazan las actividades de forma rapida y eficiente con el fin de lograr estabilizar hemodinamicamente al niño o niña, tambnien se preveen futuras complicaciones en el estado de salud informando oportunamente al medico tratante | Registro de enfermeria en historia clinica |
| 2 | REALIZAR EL PLAN DE CUIDADO DIARIO DE ENFERMERIA DE ACUERDO AL DIAGNOSTICO Y NECESIDADES IDENTIFICADAS. | El plan de cuidados se inicia en el servicio de urgencias de pediatria, de acuerdo al diganostico medico, por ejemplo control estricto de signos vitales, verificacion y registro de balance de liquidos y drenajes, alimentacion adecuada, curaciones especiales en caso de que se requiera, alergias a medicamentos, prevencion de riesgos en pacientes de , prevencion de lesiones de piel, manejo adecuado del aislamiento si es el caso, | se deja resgitro en las notas de la historia clinica, en el kardex y en el libro de entrega de turno. |
| 3 | VERIFICAR MEDIDAS PREVENTIVAS DE EVENTOS ADVERSOS E IDENTIFICANDO RIESGOS , GARANTIZANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y REPORTANDO LOS EVENTOS ADVERSOS QUE SE PRESENTEN. | Durante el recibo y entrega de turno se verifican los indicadores de seguridad del paciente: manillas de identificación, de acuerdo al riesgo de cada niño/a, tableros de identificacion, barandas de las cunas o camas elevadas, formatos de riesgo de de caida, venopunciony educacion a pacientes y familares, escala BRADEN Q. Los eventos adversos que se presetan son reportados en la historia clinica y en el aplicativo de la INTRANET. | Verificacion en la historia clinica del diligenciamiento de los formatos: como el riesgo de caida, tableros y manillas de identificació Formatos de educación al paciente y su familia. Verificacion en aplicativo de la intranet para riesgos adversos. |
| 4 | ADMINISTRAR MEDICAMENTOS OPORTUNAMENTE Y VERIFICAR EL CUIDADO DIRECTO A LOS PACIENTES DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS Y GUIAS ESTABLECIDAS DEL SERVICIO UTILIZANDO TECNICAS DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y NORMAS DE BIOSEGURIDAD E INFORMAR AL MEDICO TRATANTE Y COORDINADORES LA NO EXISTENCIA DE MEDICAMENTOS PARA REALIZAR REAJUSTE DE TRATAMIENTO. | Se aplica los 12 correctos para la administraciín del medicamanto, en los niños siempres e administran medicamantos endovenosos a traves de bomba de infusión, se corrobora primero en la historia clinica la indicacion del medica. | Se realiza nota de enfermeria en la historia clinica en dinamica de la administración del medicamento. |
| 5 | APOYAR LA SUPERVISION DE LAS ACTIVIDADES DEL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERIA Y CAMILLEROS , OBSERVANDO QUE SE REALICEN LOS PROCEDIMIENTOS Y REVISANDO REGISTROS DE ENFERMERIA. | Se apoyan y supervisan actividades como: venopunción, toma de algunos laboratorios, toma de signos vitales, asistencia en cuidados como baño y alimntacion a pacientes, se supervisan actividades como realizacion de liempieza y desinfeccion, e inventarios asi como el registro correspondiente en los formatos destinados para tal fin | Formatos fisicos diligenciados de limpieza y desinfección e invetarios, registros de las actividades en la historia clinica de cada uno de los pacientes. |
| 6 | REALIZAR ACTUALIZACION DEL KARDEX Y TARJETAS DE MEDICAMENTOS DE ACUERDO CON LAS NORMAS ESTABLECIDAS EN FORMA ESCRITA Y CADA VEZ QUE SE REQUIERA EL CAMBIO DEL TRATAMIENTO DEL PACIENTE. | En cada turno se realiza revision de la historia clinica para verificar cambios en el tratamiento medico y de acuerdo a la evolucion del paciente . | Formatos de kardex diligencidos |
| 7 | CONTROLAR LOS SUMINISTROS Y EXISTENCIAS DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO. | En cada entrega de turno y al trasladar un paciente del servcio de urgencias a hospitalizacion se realiza verificacion de la cantidades de los medicamentos formuladas por medico tratante. | |
| 8 | REALIZAR LAS DEVOLUCIONES AL SERVICIO DE FARMACIA DE LOS MEDICAMENTOS E INSUMOS POR PACIENTES ANTES DEL EGRESO Y DIARIAMENTE CUANDO ASI LO AMERITE | La devolucion de medicamentos e insumos a traves de la plataforma en dinamica o en el formato de devolucion en caso de que no se pueda a traves de la plataforma | verificacion en la historia clinica de cada paciente en dinamica |
| 9 | REALIZAR EN EL FORMATO CORRESPONDIENTE Y LAS HORAS Y FECHAS ACORDADAS , LOS PEDIDOS DE ELEMENTOS E INSUMOS NECESARIOS PARA LOS PACIENTES EN SU RESPECTIVO SERVICIO | Se hace pedido de los respectivos elementos e insumos a traves de dos formas: en dinamica o el pedido del stock del servcio que se realiza diaramente en la mañanas de lunes a viernes en el formato establecido | verificacion en dinamica o en los formatos de solicitud de elementos e insumos. |
| 10 | PARTICIPAR EN FORMA ACTIVA EN LA REVISTA MEDICA DIARIA DANDO SUS APORTES SEGUN SEA EL CASO. | Se realizan aportes en cuanto al estado diario del paciente, se hace abogacia no solo por el estado fisico sino por su esfera social, cultural, mental, familiar, y sistema de creencias. | Se deja resgitro en las notas de enfermeria de los que seinforma a medico tratante de cada paciente |
| 11 | REVISAR DIARIAMENTE QUE LOS VENOEQUIPOS , DRENAJES , BURETROLES Y DEMAS ELEMENTOS INVASIVOS DEL PACIENTE QUE MANEJAN SEGUN PROTOCOLO Y SE LLEVAN LOS REGISTROS CORRESPONDIENTES CORRECTAMENTE. | En cada entrega y recibo de turno y durante este se verican las fechas, horas, nombre del paciente, numero de identificacion de apertura e incio de los equipos de venoclisis, buretroles, humidificadores, drenajes, sondas. | Registro en formatos de balances de liquidos, venospunción, notas de enfermeria y pedido de insumos |
| 12 | REALIZAR LA ASIGNACION DEL PACIENTE A CADA AUXILIAR DE ACUERDO AL NUMERO DE PACIENTES , COMPLEJIDAD Y DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DEL SERVICIO | Al inicio de cada turno se hace la asignacion de las actividades y los pacientes a acada un@ de las uxiliares | Asignacion en el libro de de entrega de turno. |
| 13 | PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA MEDIANTE LA NOTIFICACION OPORTUNA DE INFORMES DE LOS CASOS O POSIBLES BROTES INFECCIOSOS PARA TOMA DE CONDUCTAS QUE PREVENGAN LA PRESENCIA O PROLIFERACION DE INFECCIONES EN LOS SERVICIOS. | Se envian fichas de notificación en fines de semana y festivo al correo sivigila@subredcentrooriente.gov.co | verificación en correo institucional del sivigila |
| 14 | RESPONDER POR LOS INVENTARIOS CONSERVACION Y USO ADECUADO DE LOS EQUIPOS , ELEMENTOS E INSUMOS ENTREGADOS EN EL SERVICIO. | Se diligencia en cada turno los formatos de inventarios de equipos e insumos | Verificación de los formatos de insumos y equipos biomedicos |
| 15 | REALIZAR LA ASIGNACION OPORTUNA DE CAMAS PARA LOS PACIENTES QUE LOS REQUIERAN , REALIZANDO LOS TRASLADOS NECESARIOS PARA TAL FIN DE FORMA OPORTUNA COLABORANDO EN EL GIRO DE CAMA | Se realiza asignacion de la cama de los pacientes que estan en observacion en el tablero de camas de Dinamica | vericacion en la plataforma de Dinamica |
| 16 | CUMPLIR CON EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES ESTABLECIDO DE MUTUO ACUERDO CON EL SUPERVISOR DEL CONTRATO, REPORTANDO LAS NOVEDADES PRESENTADAS POR CADA PACIENTE ASIGNADO Y NOVEDADES EN EQUIPOS E INSUMOS DEL SERVICIO | se realizan reportes al area de seguridad del paciente, o equipos e insumos a treves de la intranet, y se informa a coordinacion de enfermeria | registro de reportes a traves de la intranet |
| 17 | TRAMITAR DE FORMA OPORTUNA EXAMENES DE LABORATORIO , RADIOLOGIA , EXAMENES ESPECIALES Y REMISIONES QUE REQUIERAN LOS PACIENTES A CARGO | Examenes especial, interconsultas y remisiones son tramdas a traves de la linea telefonica o de manera presencial al enviarlas con el camillero | se deja copia del radicado en el Kardex de enfermeria |
| 18 | DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 1995 DE 1999 Y AL MANUAL DEL MANEJO DE HISTORIA CLINICA DE LA SUB RED CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO | Se hacen registros en historia clinica digital Dinamica y se aplica el principio de confidencialidad, el formanto de necesidad de personal se encuentra anexado en SECOP II | registros de notas de enfermeria en Dinamica y documento de necesidad de personal en SECOP II |

**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

Diana Marcela Rojas R.
**Firma del Contratista**

**C.C.** 1.013.596.701 **de** BOGOTA

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| NOMBRE: | MAYERLY MARTINEZ – Melba Quintero |
| CARGO: | ENFERMERA |
| FIRMA | |

P/p Mayerli Martínez
ENFERMERA JEFE
CC 52.877.358
FICS

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 | 1013596701 | DIANA MARCELA ROJAS RONDON | | Diagonal78b n116-82 | 6949439 | dianirojas8817@hotmail.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 | |
| 2021-05 | 2021-05 | I | | 50485707 | $378.800 | |

## 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 | 153.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 153.000 | 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 |
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 195.900 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 195.900 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-23 | Positiva Seguros | 860011153-6 | 29.900 | | | | 29.900 | 0 | 0 | 29.900 | | | 299 | 29.900 | 1 |

| TOTALES CAJAS | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |

| 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 | 153.000 | 153.000 |
| Pensión | 1 | 195.900 | 195.900 |
| Riesgos Laborales | 1 | 29.900 | 29.900 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 378.800 | 378.800 |

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

CUENTA DE COBRO (Consecutivo) No. 5 Del Mes de mayo de 2021.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD

CENTR ORIENTE E.S.E

Nit. 900.5959.051.7

DEBE A:

Nombre: Diana Marcela Rojas Rondón

C.C No. 1.013.596.701

La suma de: $ 3.060.000

Total Horas: 180

Por concepto:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento de contrato No. PS 2594 2021, correspondiente al mes de mayo 2021.

OBJETO: PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES, DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA EN SU CONDICION DE ENFERMERA JEFE PARA LA EJECUCION 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,

Diana Marcela Rojas R.

C.C No. 1.013.596.701

Dirección: Diagonal 77b# 116-82

Teléfono: 3014736219

Colombia Compra Eficiente

UTC -5 8:06:40
Diana Marcela Roj...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a | Buscar...

Escritorio → Menú → Administracion de contratos → **Ver contrato**

Id de página:: 23000726 Ayuda

1. Información general
2. Condiciones
3. Bienes y servicios
4. Documentos del Proveedor
5. Documentos del contrato
6. Información presupuestal
7. **Ejecución del Contrato**
8. Modificaciones del Contrato
9. Incumplimientos

## 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? SI 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 DIANA MARCELA ROJAS RENDON.pdf | FEBRERO DIANA MARCELA ROJAS RENDON.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| | DIANA MARCELA ROJAS RENDON 3.pdf (Archivado) | DIANA MARCELA ROJAS RENDON 3.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | MARZO CUENTA DE COBRO DIANA.pdf | MARZO CUENTA DE COBRO DIANA.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | ENERO DIANA ROJAS (Archivado) | DIANA MARCELA ROJAS RENDON 1.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | DIANA MARCELA ROJAS RONDON ABRIL.pdf | DIANA MARCELA ROJAS RONDON ABRIL.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >