CUENTA DE COBRO N° 03

LUGAR Y FECHA: Villavicencio, Junio 01 del 2021.

EL DISPENSARIO MEDICO ORIENTE
Kilómetro 7 vía puerto López Cantón Militar de Apiay

Villavicencio

Debe a:

JAQUELINE DIAZ NIETO

CC 40395071 expedida en VILLAVICENCIO

SPMZ 20 MZNA 1 CASA 5 B/ SAN ANTONIO

Celular: 3217258304

De conformidad al plan de pago y tras haber cumplido con la ejecución pactada en las especificaciones técnicas y/o entregables, descritas en el contrato de Prestación de Servicios Profesionales AUXILIAR DE ENFERMERIA -DMORI-2020 me permito elevar la presente cuenta de cobro correspondiente al mes de mayo del 2021 por la suma de VALOR A PAGAR ($1.250.088, oo) Cuyo valor solicito sea abonado a mi cuenta bancaria N° 0874018336 del Banco BBVA.

Así mismo, declaro voluntariamente bajo la gravedad del juramento, que pertenezco al Régimen Simplificado, por lo tanto, de acuerdo al Art. 42 del Decreto 3541 de 1983. No estoy obligado a expedir factura de venta.

Conforme a las disposiciones en materia administrativa de la Dirección de Sanidad Ejercito, anexo a la presente la factura de planilla para pago de Seguridad Social Colombiano, así como, el Certificado de Aportes.

JAQUELINE DIAZ NEITO

CC 40395071 expedida en VILLAVICENCIO

SPMZ 20 MZNA 1 CASA 5 B/ SAN ANTONIO

Nº de Contrato 148-DMORI-2021

Escaneado con CamScanner

EJERCITO NACIONAL

DISPENSARIO MEDICO ORIENTE
INFORME DE GESTIÓN No. 03

Fecha: Villavicencio (Meta) 01 JUNIO 2021

. **NO. DEL CONTRATO**	**148**
. **FECHA SUSCRIPCIÓN CONTRATO**	**15/03/2021**
. **POLIZA DE SEGUROS**	No De la Pólizas: 12GU079855, RM34514 Entidad que expide la póliza: CONFIANZA Fecha del certificado de aprobación de la Póliza: 17-03-2021
4. CRP	No. CRP: 21921 Fecha expedición: **16/03/2021** Unidas/Sub-unidad ejecutora Dispensario médico oriente Dependencia DMORI Posición catálogo de gasto: A-02-02-02-009-003 SERVICIO PARA LA CUIDADO, DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES Fuente: NACION Recurso: 16 Valor $ **11.875.836**
5. FECHA INICIO EJECUCIÓN CONTRACTUAL	**15/03/2021**
6. CONTRATISTA	Nombre completo: **JAQUELINE DIAZ NIETO** Identificación: **CC 40.395.071 de Villavicencio** Dirección: SPMZ 20 MZ 1 CASA 5 B. SAN ANTONIO ciudad de residencia: VILLAVICENCIO Teléfono de contacto: 3217258304 E-mail de contacto: jacu0605@hotmail.com Cuenta de Ahorros Nùmero: N° 0874018336 del Banco BBVA.
7. SUPERVISOR	Nombre Completo: **TE: JANETH LORENA SALAS LINARES** Cargo: **COORDINADORA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA** Supervisor de contrato (148) **15/01/2021** Resolución de nombramiento **NO. 009 DE 07 DE ENERO 2021**
8. OBJETO CONTRACTUAL	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA DEL DISPENSARIO MÉDICO ORIENTE DMORI

Escaneado con CamScanner

<table>
<tr><td></td><td>53. Realizar seguimiento a poblaciones priorizadas.
54. Realizar el seguimiento del proceso de implementación las RIAS.
55. Ejecutar de actividades de educación en estilos de vida saludables, promoción y prevención.
56. Realizar acciones de protección específica.
57. Elaboracion, arreglo, supervision y controles del archivo de cada equipo basico de atencion con la normatividad de archivo vigente TRD, FUID y ser entregado a final de año foliado y completo.</td></tr>
<tr><td>10. DOCUMENTOS QUE SOPORTAN EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES</td><td>
<table>
<tr><td>PROCEDIMIENTO</td><td>CUPS</td></tr>
<tr><td>venopunciones</td><td>389300</td></tr>
<tr><td>atención intrahospitalaria</td><td>890605</td></tr>
<tr><td>administración de líquidos</td><td>991800</td></tr>
<tr><td>oximetría cutánea</td><td>893812</td></tr>
<tr><td>inyectologìa</td><td>869500</td></tr>
<tr><td>toma de muestras</td><td>989900</td></tr>
<tr><td>realización de material para estelarizar, y aseó y desinfección de áreas prioritaria</td><td>gasas, torundas, aseo a camillas, gavetas, equipos biomédicos, monitores,</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>11. CONSTANCIAS</td><td>Dejo constancia que, durante el plazo de ejecución del contrato, no se han configurado los presupuestos legales del contrato laboral y que he gozado de plena autonomía para ejecutar las obligaciones contractuales relacionadas en el contrato.
Así mismo, tanto el/la suscrito/a y el Ministerio de Defensa – Ejército Nacional – Unidad Ejecutora ha dado cumplimiento a las obligaciones legales y contractuales registradas en el contrato. 148</td></tr>
</table>

Para constancia se firma en, Villavicencio, **01 JUNIO 2021**

JAQUELINE DIAZ NIETO
CC. 40.395.071 DE VILLAVICENCIO

FIRMA SUPERVISOR: _____
GRADO – NOMBRE COMPLETO: TE. JANETH LORENA SALAS LINARES
CARGO: GESTIÓN ENFERMERIA

Escaneado con CamScanner

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJERCITO NACIONAL

DISPENSARIO MEDICO ORIENTE
INFORME DE SUPERVISIÓN Y RECIBO A SATISFACCIÓN PARCIAL X☐ TOTAL ☐ No. 03

Villavicencio (Meta), 01 JUNIO 2021

1. CONTRATISTA	Nombre completo: **JAQUELINE DIAZ NIETO** Identificación: **CC 40.395.071 de Villavicencio** Dirección: SPMZ 20 MZ 1 CASA 5 B. SAN ANTONIO ciudad de residencia: VILLAVICENCIO Teléfono de contacto: 3217258304 E-mail de contacto: jacu0605@hotmail.com Cuenta de Ahorros Nùmero: N° 0874018336 del Banco BBVA.
2. SUPERVISOR	Nombre Completo: **TE: JANETH LORENA SALAS LINARES** Cargo: **COORDINADORA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA** Supervisor de contrato **(148)** 15**/03/2021** Resolución de nombramiento **NO. 009 DE 07 DE ENERO 2021**
3. No. DEL CONTRATO – FECHA DE SUSCRIPCIÓN	No. Del contrato: 148 Fecha de suscripción: 15/03/2021
4. PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA	No De la Pólizas: 12GU079855, RM34514 Entidad que expide la póliza: CONFIANZA Fecha del certificado de aprobación de la Póliza: 17-03-2021
5. CDP	No. CDP 23921 Fecha expedición: 13-03-2021 No. **CRP 21925** Fecha expedición: 16-03-2021 Unidas/Subunidad ejecutora dispensario médico oriente Dependencia: DMORI Posición catálogo de gasto: A-02-02-02-009-003 SERVICIO PARA LA CUIDADO, DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES Recurso: 16 Valor: $ **11.875.836,oo**
6. FECHA INICIO EJECUCIÓN CONTRACTUAL	**15/03/2021**
7. PLAZO DE EJECUCIÓN	**15/03/2021 HASTA EL 31/12/2021**
8. OBJETO CONTRACTUAL	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA DEL DISPENSARIO MEDICO ORIENTE CONFORMIDAD A LA SOLICITUD DEL MISMO.DMORI

Escaneado con CamScanner

	realizar la respectiva entrega de su archivo, si maneja el mismo. 29. Realiza entrega y recibo de turno según el procedimiento establecido. 30. Trato Digno Humanizado y Seguro a nuestro pacientes con el fin de brindar la mayor atención a los usuarios. 31. El día sábado realización de jornada de arreglo y desinfección de cada uno de los servicios con las adecuadas normas establecidas. 32. Puntualidad en la asignación de las actividades establecidas. 33. Mantiene buenas relaciones interpersonales y muestra una actitud proactiva ante las observaciones. 34. Participar en la revista Médica y de Enfermería. 35. Dar buen uso de los recursos (insumos hospitalarios y equipos) de la institución y control de los mismos. 36. Responder por los inventarios del servicio donde se cumple el objeto del contrato, realiza los controles diarios de los mismos dejando registro de la actividad e informar de inmediato a los servicios y jefe del servicio por escrito cualquier novedad de los mismos. 37. Diligenciar por usuario la hoja de gastos y de consumo de oxígeno a los usuarios que lo requieren. 38. Aplica los procedimientos establecidos en la entidad para Toma de muestra de laboratorios, electrocardiogramas, curación de catéter central, curación de heridas complicadas, paso de sondas, lavado de manos entre otros. 39. Verifica el cumplimiento a la preparación pre quirúrgico y exámenes diagnósticos de acuerdo al procedimiento. 40. Gestiona la mejora a los hallazgos en el servicio y genera reporte de situaciones no resueltas a la coordinadora. 41. Realiza informes de incidentes y accidente ejecutando el plan de mejora. 42. Cumple con las directrices del comité de vigilancia epidemiológica: uso racional de antibióticos, resistencia bacteriana, manejo de aislamientos, reporte de patologías obligatorias entre otras. 43. Brindar Orientación y Educación a los padres y/o Cuidadores. 44. Mantiene una actitud proactiva en el ejercicio diario de su profesión y cumple con el código de ética de enfermería y de la institución. 45. Realizar triage con el fin de priorizar la atención de prioritaria. 46. Coordinar con los servicios de Ayuda Diagnostica los exámenes paraclínicos. 47. Coordinar la remisión de usuarios a otras instituciones. 48. Cumple y hace cumplir las normas de Bioseguridad y Segregación adecuada de los residuos hospitalarios. 49. Da información al paciente y la familia de las normas de la institución y los deberes y derechos del usuario al ingreso. 50. Realiza rondas periódicas en el turno. 51. Realiza los procedimientos de atención a los pacientes dando cumplimiento al plan de atención mediante la aplicación de protocolos existentes y los que se implementen en el trascurso de su contrato. 52. Prestará sus actividades con adecuada presentación personal, uniforme blanco, chaquetas blancas, zapatos blancos sin orificios en la parte superior; en caso del personal femenino utilizar vestido largo más debajo de la rodilla con medias veladas blancas, cabello recogido con malla, uñas sin pintar, aretes pequeños, no collares, no manillas, maquillaje discreto, no pircing, no utilizar con el uniforme blanco prendas de color. 53. Realizar seguimiento a poblaciones priorizadas. 54. Realizar el seguimiento del proceso de implementación las RIAS.
	55. Ejecutar de actividades de educación en estilos de vida saludables, promoción y prevención. 56. Realizar acciones de protección específica. 57. Elaboracion, arreglo, supervision y controls del archivo de cada equipo basico de atencion con la normatividad de archivo vigente TRD, FUID y ser entregado a final de año foliado y completo.
.0. PERIODO DEL INFORME	**01 AL 31 MAYO 2021**

Escaneado con CamScanner

11. **DOCUMENTOS QUE SOPORTAN EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES**	CUADRO DE PRODUCTIVIDAD	
	PROCEDIMIENTO	CUPS
	venopunciones	389300
	atención intrahospitalaria	890605
	administración de líquidos	991800
	oximetría cutánea	893812
	inyectologìa	869500
	toma de muestras	989900
	realización de material para estelarizar, y aseó y desinfección	gasas, torundas, aseo a camillas, gavetas, equipos biomédicos, monitores,
12. VALOR DEL CONTRATO	Valor total del Contrato: $ **11.875.836, oo** Valor autorizado a pagar $ 1.250.088.**oo**	
13. CUMPLIMIENTO PAGO SEGURIDAD SOCIAL	OBLIGACIÓN / ENTIDAD / Valor. PAGO	
	PENSIÓN / PROTECCION / $ 145.400,oo	
	SALUD / CAJA COPI / $ 113.600,oo	
	ARL / POSITIVA / $ 22.200,oo	
14. DOCUMENTOS QUE HACEN PARTE DEL INFORME	1. Informe de gestión sobre el cumplimiento del objeto contractual, firmado por el **CONTRATISTA** y el recibido a satisfacción del supervisor del contrato, de acuerdo al formato establecido. 2. Copia discriminada de los soportes de pago de los aportes mensuales obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud y Pensión, sobre un Ingreso Base de Cotización del 40 % del valor mensual del contrato, con aporte del 16 % en pensiones y el 12, 5 % en salud. El soporte de pago del aporte mensual obligatorio al Sistema General de Riesgos Laborales, conforme lo establece la normatividad legal vigente y de acuerdo a la afiliación efectuada a la A.R.L. 3. formato anexo "3. Datos Generales" 4. (señalar los demás que cada Unidad Ejecutora considere viables aportar para el correspondiente pago)	
15. CONSTANCIAS	En el presente informe se deja constancia que el/la contratista cumplió con las obligaciones contractuales y legales reguladas para este tipo de contrato y como consecuencia se recibe a satisfacción de forma **PARCIAL** x☐ **TOTAL** ☐ Así mismo, se deja constancia que durante la ejecución del contrato no se han configurado los presupuestos legales que regulan el contrato laboral.	
16. RECOMENDACIONES	Se invita al contratista a continuar con su cumplimiento del contrato.	
17. CONCLUSIONES	El contratista cumplió a cabalidad con el objeto del contrato. Nº 148-**DMORI**- 2021	

Para constancia se firma en, **VILLAVICENCIO, (Meta) 01 JUNIO 2021**

FIRMA SUPERVISOR: _____

GRADO – NOMBRE COMPLETO: TE. JANETH LORENA SALAS LINARES

CARGO: GESTIÓN ENFERMERIA

Escaneado con CamScanner

VILLAVICENCIO META 01 JUNIO 2021

Señores
DISPENSARIO MEDICO ORIENTE

YO **JAQUELINE DIAZ NIETO,** Identificada con cédula de ciudadanía No. CC. 40.395.071 DE VILLAVICENCIO, bajo la gravedad de juramento certifico que los **$281.200** soportados en el pago de aportes obligatorios al Sistema General de aportes de Parafiscales corresponden al mes de ABRIL del año 2021 y son ingresos provenientes del contrato No. 153 de fecha 15/03/2020, por Prestación de Servicios, firmado con el DISPENSARIO MEDICO ORIENTE

Lo anterior en cumplimiento al Decreto No. 2271 del 18 de julio de 2009.

Atentamente,

JAQUELINE DIAZ NIETO
CC. 40.395.71 DE VILLAVICENCIO

Escaneado con CamScanner

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 40395071		DIAZ NIETO JAQUELINE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	super manzana 20 mz 1 cs 5	VILLAVICENCIO-META	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-04	2021-04	1000000246	9419283045	I	2021/05/19	2021/05/12	BANCO BOGOTA	0	$281,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$22,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$22,200		$0	$0
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$22,200		$0	$0
1	CC 40395071	DIAZ JAQUELINE	230201	30	$908,526	$145,400	CCFC55	30	$908,526	$113,600		0	$0	$0	14-23	30	$908,526	$22,200	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$22,200		$0	$0

Escaneado con CamScanner

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 40395071		DIAZ NIETO JAQUELINE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	super manzana 20 mz 1 cs 5	VILLAVICENCIO-META	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-04	2021-04	1000000246	94197283045	I	2021/05/19	2021/05/12	BANCO BOGOTA	0	$281,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,400	$0	$0	$145,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$145,400	$0	$0	$145,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$22,200	$0	$0	$22,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$22,200	$0	$0	$22,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$113,600	$0	$0	$113,600
CAJACOPI ATLANTICO	CCFC55	890,102,044	1	1	$113,600	$0	$0	$113,600
TOTAL				**1**	**$281,200**	**$0**	**$0**	**$281,200**

2021/05/12 03:41 PM

Escaneado con CamScanner

FUERZAS MILITARES DE COL+A1:J20OMBIA EJÉRCITO NACIONAL		LISTA DE CHEQUEO				
		Versión: 0				Fecha:

DEPENDENCIA	DOCUMENTOS	TIPO DE PAGO	PERIODICIDAD			CUMPLE		OBSERVACIÓN	FIRMA JEFE DE SECCIÓN Y/O RESPONSABLE DE VERIFICACIÓN
			PRIMER PAGO	SIEMPRE	N/A	SI	NO		
SUPERVISOR CONTRATO	ACTA DE RECIBIDO A SATISFACCION	COMPRAS Y SERVICIOS		X					
	FACTURA	COMPRAS Y SERVICIOS		X					
	INFORME DE SUPERVISION	PRESTADORES DE SERVICIOS		X					
	INFORME DE GESTION			X					
	CERTIFICACION DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES								
	PLANILLA PAGO DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES			X					
	COPIA DEL CONTRATO		X						
	COPIA DE POLIZA Y APROBACION DE POLIZA		X						
	COPIA DEL CERTIFICADO DE RESPONSABILIDAD PRESUPUESTAL		X						
	AFILIACION ARL		X						
	CETIFICACION BANCARIA		X						
JURIDICA	OFICIO SOLICITUD TRAMITE ADMINISTRATIVO DE PAGO	TUTELAS		X					
	OFICIO ORDEN CUMPLIMIENTO DEL FALLO	TUTELAS		X					
AUDITORIA MEDICA	CERTIFICACION DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES							PARA PAGOS POR RESOLUCION RECONOCIMIENTO DEL GASTO	
	PLANILLA PAGO DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES								
	CONCEPTO	TUTELAS Y SERVICIOS		X					
COORDINADOR VIATICOS	FORMATO CUMPLIDO DE COMISIÓN	VIATICOS		X					
	SOLICITUD DE PASAJES Y VIATICOS	VIATICOS		X					
	ORDEN DEL DIA	VIATICOS		X					
	TIQUETES AEREOS (NO APLICA PARA TERRESTRES)	VIATICOS		X					
ADMINISTRATIVA	ENTRADA AL ALMACEN	COMPRAS		X					
	CONTRATO O RESOLUCIÓN	COMPRAS, SERVICIOS, VIATICOS.		X					
	ACTA DE INICIO DEL CONTRATO	TODOS	X						
	FORMATO OBLIGACION Y ORDEN DE PAGO DE SECCIÓN ADMINISTRATIVA	TODOS		X					
	POLIZA	TODOS	X						
	CERTIFICADO DE APROBACION DE GARANTIA UNICA	TODOS	X						
	CERTIFICACIÓN BANCARIA	TODOS	X						
	RUT	TODOS	X						
	CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL (ARL)	PRESTADORES DE SERVICIOS	X						
	PLANILLA SERVICIOS PÚBLICOS	SERVICIOS PUBLICOS		X					
PRECONTRACTUAL	SOLICITUD CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	TODOS	X						
FINANCIERA -PRESUPUESTO	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	TODOS		X					
	COMPROMISO	TODOS		X					
FINANCIERA -CONTABILIDAD	OBLIGACIÓN	TODOS		X					
FINANCIERA -TESORERÍA	ORDEN DE PAGO	TODOS		X					

Para realizar el tramite de pago las personas o dependencias involucradas en el proceso deben verificar y constatar mediante firma que los documentos soportes se encuentran anexos.

PS. MARIA TERESA SAAVEDRA GUEVARA
CONTADORA DMORI

SS MAURICIO ORTIZ GALVIS
TESORERO DMORI

Escaneado con CamScanner