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 3238 2021 **C.D.P. No.:** 304

Proceso al que pertenece: PROCESO ASISTENCIAL
Unidad a la que pertenece: UMHES SANTA CLARA

Nombre del Contratista: DAHIANA MACIEL LOZADA HOLGUIN **C.C.** 52.459.640 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2021-02-18 **Fecha Terminación incial:** 2021-03-31 **Valor Mensual:** $ 2.029.600 **Valor a cobrar:** $ 2.029.600

ADICIÓN/ OTROSI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.064.000	776	01/04/2021	30/04/2021
2	$ 3.276.600	1217	01/05/2021	15/06/2021
3	$ 5.134.200	1776	16/06/2021	15/08/2021
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 1.995.200	$ 281.200	8348192107
2	MARZO	$ 2.218.800	$ 281.200	8349303551
3	ABRIL	$ 2.029.600	$ 281.200	8349539116
4	MAYO	$ 2.029.600	$ 281.200	8350214669
5	JUNIO	$ 2.029.600	$ 281.200	8350871292
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4.403.200	$ 14.878.000	$ 10.302.800	$ 4.575.200

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES DE APOYO, EN SU CONDICIÓN DE TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE GESTIÓN AMBULATORIA Y RIESGO, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2021-06-01 **Hasta:** 2021-06-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Ejecutar procedimientos y cuidados a los pacientes que requieren manejo en el programa de clínica de heridas	Ejecuto procedimientos y cuidados a los pacientes que requieren manejo en el programa de clínica de heridas	REGISTRO HISTORIAS CLINICAS DIMANICA GERENCIAL, AGENDA DE CITAS ENFERMERIA, PROGRAMACION CUADRO DE ACTIVIDADES.
2	Realizar las curaciones a los usuarios tanto hospitalizados como ambulatorios que requien manejo en el Programa de Clínica de Heridas	Realizo las curaciones a los usuarios tanto hospitalizados como ambulatorios que requien manejo en el Programa de Clínica de Heridas	REGISTRO HISTORIAS CLINICAS DIMANICA GERENCIAL, AGENDA DE CITAS ENFERMERIA, PROGRAMACION CUADRO DE ACTIVIDADES.
3	Verificar medidas preventivas de eventos adversos e identificando riesgos, garantizando la seguridad del paciente y reportando los eventos adversos que se presenten	Verifícano medidas preventivas de eventos adversos e identificando riesgos, garantizando la seguridad del paciente y reportando los eventos adversos que se presenten	REGISTRO HISTORIAS CLINICAS DIMANICA GERENCIAL, AGENDA DE CITAS ENFERMERIA, PROGRAMACIÓN CUADRO DE ACTIVIDADES.
4	Administrar y verificar el cuidado directo a los pacientes de acuerdo a los protocolos y guías establecidas en el Programa utilizando técnicas asepsia y antisepsia y normas de bioseguridad	Administro y verificar el cuidado directo a los pacientes de acuerdo a los protocolos y guías establecidas en el Programa utilizando técnicas asepsia y antisepsia y normas de bioseguridad	REGISTRO HISTORIAS CLINICAS DIMANICA GERENCIAL, AGENDA DE CITAS ENFERMERIA, PROGRAMACIÓN CUADRO DE ACTIVIDADES.
5	Realizar las curaciones oportunamente, de acuerdo con las técnicas de asepsia y antisepsia, normas de bioseguridad, reportar a médico tratante y coordinadores cualquier dificultad presentada con la atención del paciente	Realizo las curaciones oportunamente, de acuerdo con las técnicas de asepsia y antisepsia, normas de bioseguridad, reportar a médico tratante y coordinadores cualquier dificultad presentada con la atención del paciente	REGISTRO HISTORIAS CLINICAS DIMANICA GERENCIAL, AGENDA DE CITAS ENFERMERIA, PROGRAMACIÓN CUADRO DE ACTIVIDADES.
6	Velar por el cuidado y aprovechamiento de los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio.	Velo por el cuidado y aprovechamiento de los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio.	REGISTRO HISTORIAS CLINICAS DIMANICA GERENCIAL, AGENDA DE CITAS ENFERMERIA, PROGRAMACIÓN CUADRO DE ACTIVIDADES.
7	Responder por los inventarios conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos entregados en el servicio	Respondio por los inventarios conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos entregados en el servicio	REGISTRO HISTORIAS CLINICAS DIMANICA GERENCIAL, AGENDA DE CITAS ENFERMERIA, PROGRAMACIÓN CUADRO DE ACTIVIDADES.
8	Asistir a las reuniones de grupo funcional y capacitaciones programadas por la institución	Asistio a las reuniones de grupo funcional y capacitaciones programadas por la institución	REGISTRO HISTORIAS CLINICAS DIMANICA GERENCIAL, AGENDA DE CITAS ENFERMERIA, PROGRAMACIÓN CUADRO DE ACTIVIDADES.
9	Responder oportunamente las interconsultas que se realizan desde los servicios a los pacientes hospitalizados	Respondio oportunamente las interconsultas que se realizan desde los servicios a los pacientes hospitalizados	REGISTRO HISTORIAS CLINICAS DIMANICA GERENCIAL, AGENDA DE CITAS ENFERMERIA, PROGRAMACIÓN CUADRO DE ACTIVIDADES.
10	Dar cumplimiento a la resolución 1995 y al manual de manejo de historia Clínica establecido en la institución. 11. Dar cumplimiento a guías y protocolos establecidos por la institución.	Dio cumplimiento a la resolución 1995 y al manual de manejo de historia Clínica establecido en la institución. 11. Dar cumplimiento a guías y protocolos establecidos por la institución.	REGISTRO HISTORIAS CLINICAS DIMANICA GERENCIAL, AGENDA DE CITAS ENFERMERIA, PROGRAMACIÓN CUADRO DE ACTIVIDADES.
11	0	0	0
12	0	0	0
13	0	0	0
14	0	0	0
15	0	0	0
16	0	0	0

REALIZO 236 HORAS CLINICA DE HERIDAS

Firma del Contratista

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

C.C. 52.459.640 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	SANDRA ISABEL LOAIZA GONZALEZ
CARGO:	ENFERMERO CÓDIGO 243 GRADO 20
FIRMA	

CUENTA DE COBRO No. 5 - Mes JUNIO de 2021

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

DEBE A:

Nombre: DAHIANA MACIEL LOZADA HOLGUIN

C.C. No. 52459640

La suma de: $2029600

Total, Horas: 236

Por concepto de:

- Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. PS 3238 2021, correspondiente al mes de JUNIO 2021.

OBJETO: PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES DE APOYO, EN SU CONDICIÓN DE TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES, EN LOS PROCESOS DE GESTION AMBULATORIA Y RIESGO, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Cordialmente,

C.C. No. 52459640
Teléfono: 3185381755

Estamos actualizando el diseño de miplanilla.com. Prueba nuestra nueva versión. Quiero Probar

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	DAHIANA MACIEL LOZADA HOLGUIN	**Nit:**	52459640
Tipo planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones**	Mayo 2021
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	Mayo 2021
Número de radicación:	8350871292	**Total a pagar:**	$281,200
Fecha de vencimiento:	10/06/2021	**Total de empleados:**	1
Fecha de pago:	16/06/2021	**Número de administradoras:**	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de pago:**	Pago en Cajas
Banco:	1023	**Número de aprobación:**	41217679
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Totales

Código	NIT	Administradoras	No. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total pagado
14-7	860002503	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	1		$0.00	$22,200
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	1		$0.00	$145,400
EPS017	830003564	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	1		$0.00	$113,600
						$281,200

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos

»Ver planillas pagadas

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

Exportar reporte a Excel Exportar reporte a PDF

Imprimir transacción

Todos los derechos reservados © 2021 . Compensar - Cenet S.A.

compensar | miplanilla.com Comfenalco Valle delagente

certicámara. Acerca de los certificados SSL icontec ISO / IEC 27001 CO-SI998-1 icontec ISO 9001 CO-SC5892-16