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-01
VERSIÓN: 02
FECHA: 2020-05-04

5	Analizar la información del comportamiento de IAAS junto con Infectología o las especialidades involucradas en el manejo de los casos.	Tener en cuenta las ordenes medicas, la evolucion y los reportes diagnosticos para valorar la evolucion del paciente y garantizar integralidad en el manejo de la informacion.	se realiza drive de camillas
6	Participar en la vigilancia del cumplimiento de los protocolos o guías de procedimientos y normas de bioseguridad.	Dejar constancia científica y legal de lo actuado.	verificar, protocolos activos en intrat
7	Participar en los procesos capacitación para el personal de la institución.	Consolidar la produccion de la unidad y las especialidades.	firmar listas de asistencia en caso qu requiera.
8	Asistir a las reuniones mensuales ordinarias y extraordinarias cuando sea necesario.	Asistir a las reuniones mensuales ordinarias y extraordinarias cuando sea necesario.	firmar listas de asistencia en caso qu requiera.
9	Realizar el registro y el envío oportuno de los informes solicitados por la Institución u otras Entidades.	Para el desarrollo y formacion del recurso humano en salud.	realizacion del censo y actualizacion mismo de los pacientes que ocupan servicio de triage
10	Notificar los sucesos de calidad que se presenten en el servicio.	Mejoramiento continuo de la calidad de la atencion del paciente.	no se ha presentado ningun suceso en unidad de reanimacion que implique reporte del mismo
11	Participar en los análisis a los que sea convocados.	Promover procesos de mejoramiento continuo.	no se reporta ninguno
12	Acompañar y observar la implementación de las acciones de mejora definidas para los diferentes servicios.	Realizar los pedidos con oportunidad y suficiencia, velar por el uso racional de los mismos.	se reaslizan pedidos según el numero pacientes en el servicio de camillas
13	Participar en la elaboración y actualización de los manuales de normas procedimientos y protocolos asistenciales del área.	Unificar criterios en el desarrollo de las actividades.	retroalimentacion de los nuevos protocolos de contingencia, y se fir listas
14	Mantener la reserva de la información.	Conocer y plantear nuevas alternativas de diagnostico y manejo de los pacientes.	mantener la privacidad del paciente, entrega de turno y recibo del misn
15	Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones.	Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional, gestion ambiental y calidad.	diligenciar formatos de aseo recurre general
16	Asistir al Comité Institucional y técnico Distrital de infecciones intrahospitalarias.		

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. 1.032.430.728 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	NINI JOHANNA ALVAREZ RIVERA
CARGO:	ENFERMERA
FIRMA	

Nini Johanna Alvarez R.
Enfermera Profesional
RUM 31125
D.C.A.A.

Escaneado con CamScanner

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 3443 2021	**C.D.P. No.:**	305	**Proceso al que pertenece:**	PROCESO ASISTENCIAL/ENFERMERIA
				Unidad a la que pertenece:	UNIDAD SANTA CLARA
Nombre del Contratista:	DIANA MARCELA SANCHEZ GONZALEZ			**C.C.**	1.032.430.728 **de:** BOGOTA
Fecha Inicio:	2021-02-04	**Fecha Terminación incial:**	2021-31-03	**Valor Mensual:**	$ 3.264.000 **Valor a cobrar:** $ 3.264.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 4.590.000	792	2021-02-10	2021-04-30
2	$ 5.610.000	1224	2021-04-20	2021-06-15
3	$ 7.480.000	1777	2021-06-15	2021-08-15
4	$ 3.740.000	2396	2021-08-16	2021-09-15
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1				
2	FEBRERO	$ 2.992.000	353.500	48591778
3	MARZO	$ 3.060.000	$ 378.800	49038572
4	ABRIL	$ 3.060.000	$ 378.800	49493078
5	MAYO	$ 3.060.000	$ 404.000	50415302
6	JUNIO	$ 3.060.000	$ 378.000	51024879
7	JULIO	$ 3.060.000	$ 378.000	51485112
8	AGOSTO	$ 3.264.000	$ 404.000	52331898
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 6.446.400	$ 27.866.400	$ 21.556.000	$ 6.310.400

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

OBJETO DEL CONTRATO

RESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICION DE ENFERMERA PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS ROCESOS DE GESTION HOSPITALARIA , URGENCIAS U QUIRURGICOS ,CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE LA SALUD CENTRO ORIENTE S.E.

iación de actividades para el periodo: **Desde:** 2021-08-01 **Hasta:** 2021-08-31

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERÍODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
Identificar las infecciones asociadas a la atención en salud.	Informar la evolucion clinica, las actividades realizadas y las pendientes, el estado de los equipos, el nivel de existencias de insumos, el inventario del servicio y del carro de paro, los traslados, camillas, relaciones familia-paciente y demas relacionadas, con el fin de proporcionar al turno entrante la informacion necesaria para la continuidad del plan.	recibo y entrega de turno en servicio de camillas
Investigar el tipo de infección, agente etiológico, factores de riesgo para iniciar acciones de control, identificar y emitir alertas epidemiológicas para direccionar medidas de control inmediato, documentación de las acciones.	De acuerdo con la patologia, la evolucion y las ordenes medicas para definir lo que se debe ejecutar.	se realiza actualizacion del drive de camillas
Participar en la investigación de brotes y efectuar notificación inmediata y obligatoria de infecciones intrahospitalarias en caso de confirmación y ejecución de las intervenciones requeridas	Distribuir los pacientes y las actividades especificas del servicio que deben desarrollar de acuerdo con el plan de cuidados de cada paciente.	se realiza asignacion de actividades segun el numero de auxiliares en el servicio de camillas
Velar por el cumplimiento de la normatividad Institucional, local y nacional respecto a IAAS.	Promover la recuperacion del paciente.	
Analizar la información del comportamiento de IAAS junto con Infectologia o las especialidades involucradas en el manejo de los casos.	Tener en cuenta las ordenes medicas, la evolucion y los reportes diagnosticos para valorar la evolucion del paciente y garantizar integralidad en el manejo de la informacion.	se realiza drive de camillas

Escaneado con CamScanner

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	1032430728	DIANA MARCELA SANCHEZ GONZALEZ	Carrera 6 a este #38-91	8212661	dianalamarce0602@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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2021-07	2021-07	I	06/08/2021	52331898	$404.000	

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	163.200	0		0		0	0	0	0	163.200	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	208.900	0	0	0	0	0	0		208.900	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	31.900				31.900	0	0	31.900			319	31.900	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	163.200	163.200
Pensión	1	208.900	208.900
Riesgos Laborales	1	31.900	31.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	404.000	404.000

PAGADA

Escaneado con CamScanner

CUENTA DE COBRO

SUBRED INTEGRADA DE SERVCICIOS DE SALUD

CENTRO ORIENTE E.S.E

NIT. 900959051-7

DEBE A:

DIANA MARCELA SANCHEZ GONZALEZ
CC. 1032430728

LA SUMA DE:

TRES MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL

PESOS M/CTE

($3.264.000)

Por concepto de:

- Prestacion de servicios de acuerdo a su perfil academico para desarrollar actividades, en cumplimiento del contrato PS 3443 2021 correspondiente del 04 /02/2021 al 03/31/2021.

OBJETO: Presentar servicios de acuerdo a su perfil academico para desarrollar actividades , ENFERMERA, con disponibilidad en cumplimiento de la mision y la vision de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Cordialmente:

DIANA MARCELA SANCHEZ GONZALEZ

Telefono: 3143394114

Direccion: carera 6 a este #38-91 SOACHA

No Cuenta bacaria DAVIVIENDA ahorros N° 0550008400754282

Escaneado con CamScanner