SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
APOYO – GESTION DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CODIGO: AP-IA-F-014
VERSION: 02
FECHA: 2020-05-01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO OPS	PS-329-2021	C.D.P. No.:	305	Proceso al que pertenece:	PROCESO ASISTENCIAL ENFERMERIA
				Unidad a la que pertenece:	UNIDAD SANTA CLARA

Nombre del Contratista: CINDY MAYERLI MEJIA CRUZ | C.C.: 1.023.934.797 | de: BOGOTA

Fecha Inicio: 2021-02-09 | Fecha Terminacion inicial: 2021-03-31 | Valor Mensual: $ 1.542.240 | Valor a cobrar: $ 1.542.240

ADICION O OTRO SI	VALOR ADICION	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.178.800	92	2021-03-01	2021-04-30
2	$ 3.029.400	1224	2021-05-01	2021-06-15
3	$ 3.888.600	1777	2021-06-01	2021-08-15
4	$ 2.111.200	2396	2021-08-16	2021-09-15
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	51167027
2	MARZO	$ 1.762.560	$ 281.200	488.70863
3	ABRIL	$ 1.652.400	$ 281.200	49521852
4	MAYO	$ 1.652.400	$ 281.200	50134038
5	JUNIO	$ 1.652.400	$ 281.200	50816573
6	JULIO	$ 1.762.560	$ 281.200	51519895
7	AGOSTO	$ 1.542.240	$ 281.200	52188601
8				
9				
10				
11				
12				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 3.481.056	$ 11.956.056	$ 11.566.800	$ 3.389.256

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 AUTONOMA, EN SU CONDICION DE TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA, PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE GESTION HOSPITALARIA, URGENCIAS Y QUIRURGICOS, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD C.S.

Relación 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 PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Identificar las infecciones asociadas a la atencion en salud	Informo sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería.	SE RECIBE TURNO EN SAS RABAT ENTREGA SE FIRMA LIBRO
2	Cumplir con los procedimientos y protocolos hospitalarios del servicio, tendientes a promover la recuperacion del paciente.	Cumple con los procedimientos y protocolos hospitalarios del servicio, tendientes a promover la recuperacion del paciente.	SE REALIZA CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES A HORARIO EN NOTAS DE ENFERMERIA ESCRITA
3	participar en las investigaciones de brotes y efectuar notificaciones inmediatas obligatorias de infecciones intrahospitalarias en caso de confirmacion y ejecucion de las intervenciones requeridas	distribuir los pacientes las actividaes especificas del servicio que deben desarrollar de acuerdo con el plan de cuidado del paciente	SEGUN LA ASIGNACION DE PACIENTES SE REALIZAN LAS ACTIVIDADES, SE VERIFICAN GOTEO DE LIQUIDOS, VENOPUNCION Y TOMA DE PAPANICOLAOU
4	velar por el cumplimiento de la normatividad institucional local y nacional respecto a IAAS	promover la recuperacion del paciente	SE REALIZAN RONDAS DE ENFERMERIA CUIDANDO EL ESTADO DEL PACIENTE
5	realizar la interconsulta del comportamiento de IAAS unto con infectologia a las especialidades involucradas en los casos	tener en cuenta las ordenes medicas, evolucion y reportes diagnosticos para valorar la evolucion del paciente y garantizar integridad en el manejo de la informacion	SE REALIZAN LOS PROCEDIMIENTOS SEGUN ORDENES MEDICAS
6	participa en la vigilancia de los protocolos o guias de procedimientos y normas de bioseguridad	deja constancia cientifica y legal de lo actuado	SE HACEN NOTAS DE ENFERMERIA DE FORMA ESCRITA
7	participa en los procesos de capacitacion por el personal de la institucion	consolidar la proteccion de la unidad y las especialidades	ASISTO A CAPACITACIONES SEGUN PROGRAMACION DE LA INSTITUCION
8	Asistir a reuniones mensuales y extraordinarias cuando sean necesarias y sean programadas por la entidad.	asistir a las reuniones mensuales y extraordinarias cuando sea necesario	SI CUANDO SE CITAN SI
9	realizar registro y el envio oportuno de los informes solicitados por la institucion u o entidad	para el desarrollo y formacion del recurso humano en salud	SE VERIFICA HISTORIA CLINICA Y SE REALIZAN NOTAS DE ENFERMERIA ESCRITAS
10	notificar los sucesos de calidad que se presentan en el servicio	mejoramiento continuo de la calidad de la atencion del paciente	EN CASO DE QUE HAYA UN SUCESO SE REPORTA Y SEGURIDAD AL PACIENTE POR LOS MEDIOS ESTABLECIDOS
11	participar en los analisis a los que sea convocados	promover procesos de mejoramiento continuo	DAR EDUCACION AL FAMILIAR Y AL PACIENTE SOBRE PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
12	acompañar y observar la implementacion de las acciones de mejora definidas por los diferentes servicios	realizar los pedidos con oportunidad y suficiencia velar por el uso racional de los insumos	HACER BUEN USO DE TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
13	participar en la elaboracion y actualizacion de los manuales de normas procedimientos y protocolos asistenciales del area	unificar criterios en el desarrollo de las actividades	VERIFICAR Y CUMPLIR CON EL BUEN FUNCIONAMIENTO DE LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
14	mantener la reserva de la informacion	conocer y plantear nuevas alternativas de diagnosticos y manejos de pacientes	CONFIDENCIALIDAD DEL DIAGNOSTICO DEL PACIENTE
15	informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte al cumplimento de sus obligaciones	velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad salud ocupacional gestion ambiental y calidad	AVISAR SOBRE LOS FALTANTES DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
16	Asistir al comité institucional y tecnico distrital de infecciones intrahospitalarias		ASISTIR A CAPACITACIONES QUE SEAN PROGRAMADAS

Observaciones:

Se aneva 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. 1.023.934.797 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	Diana P. Ortiz
CARGO:	C.C. No. 52.931.204 B
FIRMA	Enfermera P.U.J.

Escaneado con CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE

TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	1023934797	CINDY VALERY VELA CRUZ		CL 36G SUR N. 0 39 ESTE	3676326	mayerymelar@gma .com	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	Dependiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA

PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/ANO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/ANO)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	IPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				-	0
2021-07	2021-07		05/08/2021	52188204	TOTAL A PAGAR	
					328.200	

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	113.600	0		0		0	0	0	0	113.600	-

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	145.400	0	0	0	0	0	0		145.400	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	22.200				22.200	0	0	22.200			222	22.200	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	113.600	113.600
Pensión	1	145.400	145.400
Riesgos Laborales	1	22.200	22.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
CBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	281.200	281.200

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

Escaneado con CamScanner

CUENTA DE COBRO No SIETE 2021
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E.
Nit.900.959.051-7

DEBE A:

CINDY MAYERLI MEJIA CRUZ
C.C. 1023934797

LA SUMA DE:

(UN MILLÓN QUINIENTOS CUARENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS CUARENTA) PESOS MCT ($1.542.240)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato **PS 3426 2021** correspondiente al mes de **AGOSTO** de 2021.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES **DE AUXILIAR DE ENFERMERIA**, CON DISPONIBILIDAD DE CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y LA VISIÓN DE LA SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Cordialmente

NOMBRE CINDY MAYERLI MEJIA CRUZ
C.C. 1023934797
Teléfono: 3118340817
No Cuenta Bancaria: 42841712743

Fecha: 31 DE AGOSTO 2021

Escaneado con CamScanner