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-2333-2021	**C.D.P. No.:**	32	**Proceso al que pertenece:**	MEDIANA COMPLEJIDAD ASISTENCIAL
				Unidad a la que pertenece:	SAN BLAS

Nombre del Contratista: María Flor Alba Escobar Patiño **C.C.** 35.486.854 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2021-02-01 **Fecha Terminación incial:** 06-15-2021 **Valor Mensual:** $ 1.652.400 **Valor a cobrar:** $ 1.652.400

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	2.478.600	792	2021-04-01	2021-04-30
2	3.304.800	1224	2021-05-01	2021-06-15
3				
4				
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	$ 1.652.400	$ 135.800	1100579811
2	MARZO	$ 1.762.560	$ 135.800	1100375632
3	ABRIL	$ 1.652.400	$ 135.000	1100723010
4	MAYO	$ 1.652.400	$ 135.800	1100905488
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4.406.400	$ 10.189.800	$ 6.719.760	$ 3.470.040

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 TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ASISTENCIAL EN LOS PROCESOS DE GESTION HOSPITALARIA, URGENCIAS Y QUIRURGICOS, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD 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	PRESTAR EL SERVICIO DE CONFORMIDAD CON LA PROGRAMACION DE AGENDA ACORDADA CON EL SUPERVISOR DEL CONTRATO, PARA EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES	Cumple con el protocolo de recibo y entrega de turno	cumplo con el protocolo de entrga y recibida de turno en el servicio asignado
2	CONTROLAR LOS SIGNOS VITALES DE CADA UNO DE LOS PACIENTES ASIGNADOS CON LA PERIODICIDAD REQUERIDA SEGUN ORDEN MEDICA, ORDEN DE ENFERMERIA Y PROTOCOLO INSTITUCIONAL INFORMANDO AL MEDICO Y ENFERMERA LAS ALTERACIONES ENCONTRADAS Y REGISTRANDOLAS EN LA HISTORIA CLINICA DIGITAL	Realiza el control de signos vitales de los pacientes a cargo de acuerdo a la orden médica y al estado del paciente de acuerdo con el protocolo institucional	realizo control y registro de signos vitales segun el protocolo institucional dejando evidencia en historia clinica
3	ORIENTAR Y PREPARAR A LOS PACIENTES PARA EXAMENES DIAGNOSTICO DE ACUERDO CON LOS PROTOCOLOS DE MANEJO Y TECNOLOGIA REQUERIDA SEGÚN NORMAS ESTABLECIDAS PARA CADA PROCEDIMIENTO	Participa en la preparación de los pacientes a cargo para exámenes diagnósticos de acuerdo con lo requerido por cada procedimiento	brindo informacion adecuada y preparacion a el paciente y familiar sobre procedimientosm a seguir segun la orden medica
4	REALIZAR ACTIVIDADES PROPIAS DEL CUIDADO DE ENFERMERIA PREVINIENDO ACCIONES INSEGURAS EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	Aplicara las medidas necesarias para prevenir los eventos adversos, como son las barreras de seguridad implementadas en la institucion	aplico el protocolo e institucional según el procedimiento a realizar
5	NOTIFICAR INMEDIATAMENTE LAS ACCIONES INSEGURAS OCURRIDAS A SUS PACIENTES AL MEDICO DE TURNO , JEFE INMEDIATO Y EN EL SISTEMA DE REPORTE	Aplicara las medidas necesarias para prevenir los eventos adversos, como son las barreras de seguridad implementadas en la institucion	realizo notificacion en la intranet sobre reporte de sucesos adversos de l paciente
6	INFORMAR A A LA ENFERMERA JEFE DEL SERVICIO Y AL MEDICO TRATANTE , SOBRE LOS CAMBIOS DEL ESTADO CLINICO DE LOS PACIENTES EN FORMA OPORTUNA Y ADECUADA	Informa al medico y enfermera todo cambio en el estado clinico de los pacientes de forma oportuna	brindo informacion adecuada a la jefe y medico de turno sobre el paciente y novedades
7	REVISAR LA HISTORIA CLINICA DE LOS PACIENTES ASIGNADOS CONOCIENDO SU EVOLUCION DIARIA, TRATAMIENTO, PARA REALIZAR EL PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA INTEGRAL DEL PACIENTE	Revisa la historia clinica de los pacientes asignados reiterando el plan de cuidados de acuerdo con el estado de los mismos	reviso ordenes medicas
8	MANTENER LIMPIO Y ORDENADO LA UNIDAD DE LOS PACIENTES ASIGNADOS DURANTE EL TURNO	Revisa la historia clinica de los pacientes asignados realizando el plan de cuidados de acuerdo con el estado de los mismos	realizo desinfeccion rutinaria y terminal del area del paciente y del servicio
9	REALIZAR REGISTROS CLINICOS EN FORMA OPORTUNA , DILIGENCIANDO TODAS LAS VARIABLES CORRECTAMENTE Y DANDO CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 1995 DE 1999 Y MANTENER ORGANIZADAS LAS HISTORIAS CLINICAS DE ACUERDO AL MANUAL Y NORMATIVIDAD VIGENTE DE LA ENTIDAD	Realiza lo cumple con las normas del registros clinicos de acuerdo con la resolución 1995/1999.	realizo nota de enfermeria y demas actividades de historia clinica de forma sistematica
10	CUMPLIR LAS NORMAS INSTITUCIONALES DE BIOSEGURIDAD,VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA,GESTION AMBIENTAL, SALUD OCUPACIONAL Y DEMAS POLITICAS INSTITUCIONALES	Cumple con las normas del comité de epidemiologia	cumplo con las normas de epidemiologia
11	RESPONDER POR LOS INVENTARIOS , CONSERVACION Y USO ADECUADO DE LOS EQUIPOS, ELEMENTOS E INSUMOS, AL IGUAL QUE EL CUIDADO DE LA INFRAESTRUCTURA DEL SERVICIO Y/O AREA DONDE SE ENCUENTRE DESARROLLANDO LAS ACTIVIDADES	Realiza el cuidado y la custodia de los equipos, elementos e insumos del servicio asignado.	cumplo con diligenciamiento adecuado con formatos de inventario e insumos según el servicio asignado
12	CUMPLIR CON LOS PROCESOS, PROCEDIMIENTOS,GUIAS Y DEMAS NORMAS DEFINIDAS POR LA ENTIDAD. DE CONFORMIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO.	Mantiene un orden las historias clinicas manuales de acuerdo con el manual de historias clinicas	cumple jornada laboral y actidades asignadas como auxiliar de enfermeria
13	ASISTIR A REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA ENTIDAD.	Asiste a las reuniones de grupo funcional y capacitaciones que se programen por la institución	se asiste a reuniones y se firma hoja de asistencia
14	REALIZAR LA DESINFECCION DE MANERA OPORTUNA DE LA UNIDAD DEL PACIENTE DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES	Realiza la desinfección rutinaria de las camas libre aportando con el aseo cama	llevo adecuadamente la carpeta de desinfeccion
15	REALIZAR LA TOMA OPORTUNA DE LAS MUESTRAS DE LABORATORIO QUE REQUIERAN LOS PACIENTES CON EL FIN DE AGILIZAR EL TRATAMIENTO	Realiza segun el protocolo con device manguera y antiseptia la punción venosa para toma de laboratorios	REALIZO TOMA DE LABORATORIOS ADECUACA SEGUN PROTOCOLO
16	ASISTIR EN LA ALIMENTACION A LOS PACIENTES ASIGNADOS CONSERVANDO LAS PRECAUCIONES ESTABLECIDAS SEGUN EL CASO.	Asiste a los pacientes en sus necesidades alimentarias.	REALIZO ASISTENCIA ALIMENTARIA A PACIENTE SEGUN SU NECESIDA
17	REALIZAR EL CONTROL DE LIQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS REGISTRANDO EN FORMA OPORTUNA Y ADECUADA LOS RESULTADOS DE ACUERDO AL PROTOCOLO INSTITUCIONAL	Realiza el control de liquidos administrados y eliminados de forma oportuna aplicando el protocolo institucional	DILIGENCIO FORMATO DE LIQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS DE ENFERMERIA
18	PORTAR EL UNIFORME TENIENDO EN CUENTA LAS NORMAS DE HIGIENE Y BIOSEGURIDAD DE LA SUBRED	Porta el uniforme de forma adecuada y las normas de bioseguridad y presentación personal	CUMPLO ACABALIDAD LA DIRETRIZ DEL PORTAFOLIO DEL UNIFORME
19	OFRECER TRATO CON CALIDEZ Y CALIDAD AL PACIENTE Y LA FAMILIA , DANDO UNA ATENCION HUMANIZADA , CONSERVANDO EL RESPETO POR LA DIGNIDAD HUMANA.	Brinda un cuidado humanizado a los pacientes y a sus familias	BRINDO EDUCACION HUMANIZADA A PACIENTE Y FAMILIARES
20	IMPARTIR EDUCACION AL PACIENTE Y A LA FAMILIA SOBRE LOS CUIDADOS ESPECIFICOS A TENER EN CASA DE ACUERDO A LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE	Brinda educación a los pacientes y sus familias de acuerdo con la patología de base.	BRINDO EDUCACION A PACIENTE Y FAMILIARES
21	MANTENER LA RESERVA DE LA INFORMACION CLINICA Y PERSONAL DE LOS PACIENTES.	Maneja la confidencialidad de la información de los pacientes.	REALIZO CONFIDENCIALIDAD DE HISTORIA CLINICA
22	EJERCER LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE LA FORMACION TECNICA DE CONFORMACION CON LAS NORMAS Y/O REGLAMENTOS DE ACUERDO AL OBJETO CONTRAACTUAL Y LAS NECESIDADES DEL SERVICIO, CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO	MANTIENE ACTIVIDADES DE FORMACION TECNICA ACTUALIZADA SEGUN NORMAS Y REGLAMENTO DE ACUERDO AL OBJETIVO CONTRACTUAL Y LAS NECESIDADES DEL SERVICIO QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO	REALIZO ACTUALIZACIONES DE LOS CURSOS Y DEMAS ACTIVIDADES DE MI FORMACION TECNICA

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. 35.486.854 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MAYERLY Melba Montero
CARGO:	Enfermera
FIRMA	

P/P Mayerli Martínez ENFERMERA JEFE C.C. 52.671.356 F.U.C.S.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN.	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN.	35486854
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL.			MARIA FLORALBA ESCOBAR PATINO
CIUDAD/MUNICIPIO.	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO.	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN.	CL 80 SUR 94 B 63 SUR MZ 23	TELEFONO.	7230414
TIPO APORTANTE.	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE.	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA.	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA.	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN.	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA).			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA.			1100905488	TIPO DE PLANILLA.			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACION OTROS	MES	abril	AÑO 2021	PERIODO COTIZACIÓN SALUD.	MES	abril	AÑO 2021
DÍAS DE MORA.			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd).			2021/05/07	NÚMERO AUTORIZACIÓN.			9995052207

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 113.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 113.600	$ 0	$ 0	$ 113.600
SUBTOTALES:													$ 113.600	$ 0	$ 0	$ 113.600

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 22.200	$ 22.200	$ 0	$ 0	$ 22.200
SUBTOTALES:									$ 22.200	$ 0	$ 0	$ 22.200

Planilla Pagada

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																					SEGURIDAD SOCIAL																												PARAFISCALES									
																														PENSIÓN								SALUD							ARP								CCF			SENA		ICBF		ESAP		MINCDU	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 35486854	ESCOBAR PATINO MARIA FLORALBA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE	PENS VEJ ACT	$ 808.526				NO																			$ 0	30	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 808.526	$ 113.600	$ 0	$ 113.600	14-11 - ARL SURA	30	$ 808.526	35486854	$ 22.200	30	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 135.800

Planilla Pagada

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUO
CENTRO ORIENTE E.S .E.
Nit. 900.9S9.OS1. 7

DEBE A:

Nombre: Maria flor Alba Escobar patiño.
C.C, No. 35486854 de Bogota.

La suma de: $ 1.652.400 ✓

Total Horas: 180 ✓

Por concepto de:

- Honorarios por Prestacion de Servicios en cumplimiento del Contratc ñJo. PS 2333 2021, correspondiente al mes de MAYO 2021.

OBJETO: PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES, DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, ! . J SU CONDITION DE AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES, EN LOS DIFERENTES SERVICIOS Y EN LAS UNIDADES Q' SE REQUIFRA, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA OE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Cor dialmente,

Mª Flor Alba Escobar patiño

C. C. IVO 35486854.
Dirr-cciori. Calle 60A Sur 96-78
Telefono 407-4452.

Scanned by TapScanner

Colpensiones

NOTIFICACIÓN DE RESOLUCIÓN QUE RESUELVE UNA SOLICITUD DE PRESTACIÓN ECONOMICA

COLPENSIONES
VICEPRESIDENCIA SERVICIO AL CIUDADANO
Trámite de Notificación: 2016_12700800

PUNTO COLPENSIONES: SUPERCADE AMÉRICAS
SUBTRÁMITE(S) DE RENOCONOCIMIENTO: 2016_10419485
OTROS SUBTRÁMITES:

TIPO DOCUMENTO CAUSANTE: CC
NÚMERO DOCUMENTO CAUSANTE: 35486854
NOMBRE CAUSANTE: MARIA FLOR ALBA ESCOBAR PATIÑO

En BOGOTÁ - BOGOTA D.C el 28 de octubre de 2016

Se presentó MARIA ESCOBAR PATIÑO, identificado con CC 35486854 en calidad de interesado. Con el fin de notificarle de la resolución Nº GNR 260826 del 2 de septiembre de 2016, mediante la cual Se Reconoce y Ordena el pago de una Pensión de Vejez

Enterado de su contenido, se informa que contra la presente SI X NO ___ procede los recursos de reposición y subsidio de apelación, los cuales deben ser interpuestos dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 76 de la ley 1437 del 2011.
Para constancia de lo anterior, se suscribe por las personas que intervinieron en la diligencia.

En el evento que el reconocimiento de la prestación corresponda al cumplimiento de una orden judicial en la que hubiera ordenado a la administradora del régimen de prima media el pago y/o reconocimiento de una prestación económica, declaro bajo juramento que SI ___ NO X NO APLICA _____ he iniciado proceso ejecutivo para hacer efectivo el cumplimiento de dicha orden y/o que no he recibido pago alguno por este concepto so pena de incurrir en el delito de fraude procesal tipificado en el artículo 453 del código penal. Así mismo declaro bajo gravedad de juramento. So pena de incurrir en conducta tipificada en el artículo 442 del código penal Colombiano modificada por el artículo 8 de la ley 890 de 204 "falso testimonio" El que en actuación judicial o Administrativa bajo la gravedad de juramento ante autoridad competente, falte a la verdad o calle total o parcialmente, incurrirá en prisión de cuatro a ocho años. que NO he solicitado, ni devengo pensión alguna que provenga del erario público que contravenga con el artículo 128 de Constitución Política Colombiana. Igualmente no devengo pensión del sector público o privado de carácter compartida conforme al decreto 758 de 1990
OBSERVACIONES: _____

FIRMA: _____
NOMBRE NOTIFICADO:
MARIA ESCOBAR PATIÑO
CC 35486854

FIRMA: _____
NOMBRE NOTIFICADOR: Maria Isabel Barragan Martinez
CC 1014194280

Información general
Condiciones
Bienes y servicios
Documentos del Proveedor
Documentos del contrato
Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
Modificaciones del Contrato
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? Sí 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		
☐	MARIA FLOR ALBA ESCOBAR PATIÑO CUENTA DE ABRIL.pdf	MARIA FLOR ALBA ESCOBAR PATIÑO CUENTA DE ABRIL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >