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 3418 2021 **C.D.P. No.:** 305 **Proceso al que pertenece:** PROCESO ASISTENCIAL - ENFERMERIA
Unidad a la que pertenece: UNIDAD SANTA CLARA

Nombre del Contratista: DAYANA KARINA ARGUELLO RODRIGUEZ **C.C.** 1018499423 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2021-02-01 **Fecha Terminación incial:** 2021-03-31 **Valor Mensual:** $ 3,468,000 **Valor a cobrar:** $ 3,468,000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 4,590,000	901	2021-04-01	2021-04-30
2	$ 6,885,000	1224	2021-04-27	2021-06-15
3	$ 7,820,000	1777	2021-06-16	2021-08-15
4	$ 3,910,000	2396	2021-08-16	2021-09-15
5	$ 2,295,000	2839	2021-09-16	2021-09-30
6				
7				
8				
9				
10				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 2,856,000	$ 353,500	48591901
2	MARZO	$ 3,162,000	$ 416,700	49105091
3	ABRIL	$ 3,060,000	$ 403,300	49531783
4	MAYO	$ 3,570,000	$ 470,400	50416509
5	JUNIO	$ 3,672,000	$ 483,900	51104055
6	JULIO	$ 3,060,000	$ 403,300	51691299
7	AGOSTO	$ 3,264,000	$ 430,200	25403995
8	SEPTIEMBRE	$ 3,468,000	$ 457,400	53201759 - 53261968
9				
10				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 6,446,400	$ 31,946,400	$ 26,112,000	$ 5,834,400

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 CONDICIÓN DE ENFERMERA (O) JEFE, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIAL EN LOS PROCESOS DE GESTIÓN HOSPITALARIA, URGENCIAS Y QUIRURGICOS, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E.

Relación de actividades para el perio **Desde:** 2021-09-01 **Hasta:** 2021-09-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Identificar las infecciones asociadas a la atención en salud.	Informar la evolución clínica, 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, ingresos, relaciones familia – paciente y demás relacionadas, con el fin de proporcionar al turno entrante la información necesaria para la continuidad del plan	Se realiza entrega y recibo de turno de modo verbal y físico de cada uno de los pacientes del servicio de san rafael 1 hospitalizacion resaltando los pendientes o las interconsultas que no han sido vistas por el momento, permitiendo desarrollarlas en la continuidad del turno.
2	Investigar el tipo de infección, agente etiológico, factores de riesgo para iniciar acciones de control, identificar y emitir alertas epidemiológicas para direccionar médidas de control inmediato, documentación de las acciones.	De acuerdo con la patología, la evolución y las ordenes medicas para definir lo que se debe ejecutar	se realiza el aviso medico de los pacientes que se tiene en el servicio san rafael 1 hospitalizacion verificando los resultados y el riesgo de su permanencia con los demás pacientes.
3	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 la asignacion de pacientes por cada enfermera(o) auxiliar del servicio con la idea de equilibrar trabajo en equipo.
4	Velar por el cumplimiento de la normatividad Institucional, local y nacional respecto a IAAS.	Promover la recuperación del paciente.	Se realiza la administración de medicamentos con el uso de los EPP, aplicando los 10 correctos consecutivamente y verificando mecanismo de acción de cada uno de ellos.
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 evolución y los reportes diagnósticos para valorar la evolución del paciente y garantizar integralidad en el manejo de información.	Se realiza la adecuada visualización y actualización de historias clínicas en el servicio de san rafael 1 hospitalizacion, con la idea de verificar interconsultas respondidas, valoraciones y exámenes pendientes anexos a los informados durante el turno.
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	Se realiza el registro de los medicamentos suministrados al paciente, teniendo en cuenta la fecha de inicio si lo merita, con la idea de verificar la actividad realizada durante el turno.
7	Participar en los procesos capacitación para el personal de la institución.	Consolidar la producción de la unidad y las especialidades	se informa al medico sobre cualquier anomalia o eventualidad del paciente y se identifica las interconsultas no valoradas para tomar acción ante el paciente.
8	Asistir a las reuniones mensuales ordinarias y extraordinarias cuando sea necesario.	Asistir a la reuniones mensuales ordinarias y extraordinarias cuando sea necesario.	se asiste a las capacitaciones asignadas en la institución, creando conocimiento científico, analito y reflexivo.
9	Realizar el registro y el envío oportuno de los informes solicitados por la Institución u otras Entidades.	Para el desarrollo y formación de recurso humano en salud.	se presenta al paciente de acuerdo a la unidad de traslado, con los respectivos documentos legales y medidas de seguridad si es el caso.
10	Notificar los sucesos de calidad que se presenten en el servicio.	Mejoramiento continuo de la calidad de la atención del paciente	se educa al paciente sobre el uso del tapabocas y en caso que lo merite se le indica a coordinadora sobre nuevo elemento de proteccion para el paciente
11	Participar en los análisis a los que sea convocados.	Promover Procesos de mejoramiento continuo	se informa las salidas de pacientes para la gestion de ambulaciones según la disponibilidad requerida.
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 realiza la solicitud de batas y gorros requeribles en el servicio de san rafael 1 hospitalización, con el fin de evitar el riesgo a enfermar
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	verificar la presentacion personal de mi equipo de trabajo, garantizando limpieza y higiene acorde al servicio a manejar.
14	Mantener la reserva de la información.	Conocer y plantear nuevas alternativas de diagnostico y manejo de los pacientes	se realiza intervenciones y metas para cada uno de los pacientes, evaluando las expectativas al finalizar el turno.
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, gestión ambiental y calidad	Se realiza la correspondiente desinfección del área de trabajo antes de empezar a realizar las actividades en el servicio, evitando tener contacto directo por posibles patógenos dentro las instalaciones.
16	Asistir al Comité Institucional y técnico Distrital de infecciones intrahospitalarias.		se verifica junto al personal de epidemiologia que el servicio esta en la condiciones adecuadas para realizar las actividades correspondientes.

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. 1,018,499,423 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	Jatiana P. Clavijo C.
CARGO	C.C. No. 52.431.204 de
FIRMA	Enfermera P.U.J.

REDMI NOTE 8
AI QUAD CAMERA

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	1018499423	DAYANA KARINA ARGUELLO RODRIGUEZ	calle 61 sur #79 b 30 Bloque C13 Apt202	3123625009	adayanakarina@gmail.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
53201759	08/09/2021				EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2021-08	2021-08	N	09/09/2021	53261968	$40.400

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	15.400	0		0		0	0	0	0	15.400	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	19.600	0	0	0	0	0	0		19.600	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	2.900				2.900	0	0	2.900			29	2.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	2.500	0	0	2.500	1

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	15.400	15.400
Pensión	1	19.600	19.600
Riesgos Laborales	1	2.900	2.900
CCF	1	2.500	2.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	40.400	40.400

PAGADA

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

Escaneado con CamScanner

REDMI NOTE 8
AI QUAD CAMERA

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	1018499423	DAYANA KARINA ARGUELLO RODRIGUEZ	calle 61 sur #79 b 30 Bloque C13 Apt202	3123625009	adayanakarina@gmail.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
53201759	08/09/2021				EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2021-08	2021-08	N	09/09/2021	53261968	$40.400

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	IRD	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cod. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1018499423	ARGUELLO RODRIGUEZ DAYANA KARINA	57	0			N																	25-14	1.387.400	222.000	0	0	0	0	EPS008	1.387.400	173.500	14-7	1.387.400	3	33.800	CCF24	1.387.400	27.800	0	0	0	0	0

PAGADA

Escaneado con CamScanner

REDMI NOTE 8
AI QUAD CAMERA

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	1018499423	DAYANA KARINA ARGUELLO RODRIGUEZ	calle 61 sur #79 b 30 Bloque C13 Apt202	3123625009	adayanakarina@gmail.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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-08	2021-08	I	08/09/2021	53201759	$416.700	

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	158.100	0		0		0	0	0	0	158.100	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	202.400	0	0	0	0	0	0		202.400	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	30.900				30.900	0	0	30.900			309	30.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	25.300	0	0	25.300	1

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	158.100	158.100
Pensión	1	202.400	202.400
Riesgos Laborales	1	30.900	30.900
CCF	1	25.300	25.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	416.700	416.700

PAGADA

Escaneado con CamScanner

REDMI NOTE 8
AI QUAD CAMERA

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	1018499423	DAYANA KARINA ARGUELLO RODRIGUEZ	calle 61 sur #79 b 30 Bloque C13 Apt202	3123625009	adayanakarina@gmail.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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2021-08	2021-08	I	08/09/2021	53201759	$416.700

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	IRP	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cod. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Codigo CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1018499423	ARGUELLO RODRIGUEZ DAYANA KARINA	57	0			N																	25-14	1.264.800	202.400	0	0	0	0	EPS008	1.264.800	158.100	14-7	1.264.800	3	30.900	CCF24	1.264.800	25.300	0	0	0	0	0

PAGADA

Escaneado con CamScanner

REDMI NOTE 8
AI QUAD CAMERA

CUENTA DE COBRO 08 2021
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E.
Nit.900.959.051-7

DEBE A:

DAYANA KARINA ARGUELLO RODRIGUEZ
C.C. 1018499423de BOGOTÁ D.C

LA SUMA DE:

TRES MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL PESOS MCT
($3468000)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato**PS3418 2021**correspondiente al mes de**SEPTIEMBRE**de 2021.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADESDE ENFERMERA, 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

DAYANA KARINA ARGUELLO RODRIGUEZ
C.C. 1018499423
Teléfono:
No Cuenta Bancaria: 24099440325

Fecha: 30 DE SEPTIEMBRE 2021

Escaneado con CamScanner
REDMI NOTE 8
AI QUAD CAMERA