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**

CODIGO: AP-GA-FT-014
VERSION: 02
FECHA: 2020-05-04

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| No. CONTRATO - OPS: | PS 2423 2021 | C.D.P. No.: | 302 | Proceso al que pertenece: | PROCESO ASISTENCIAL - ENFERMERIA |
| | | | | Unidad a la que pertenece: | UNIDAD SANTA CLARA |

Nombre del Contratista: AIBER STIWAR PRIETO PINILLA
C.C. 1 022 394 180 de: BOGOTA
Fecha Inicio: 2021-04-01 Fecha Terminacion inicial: 2021-04-30
Valor Mensual: $ 1 652 400 Valor a cobrar: $ 1 652 400

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 1 927 800 | 792 | 2021-04-01 | 2021-04-30 |
| 2 | $ 3 029 400 | 1224 | 2021-04-30 | 2021-06-15 |
| 3 | $ 3 855 600 | 1777 | 2021-06-15 | 2021-08-15 |
| 4 | $ 2 037 960 | 2306 | 2021-08-15 | 2021-09-15 |
| 5 | $ 1 239 300 | 2839 | 2021-09-15 | 2021-09-30 |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | |
| 2 | FEBRERO | $ 1 542 240 | $ 263 800 | 85254 6823 |
| 3 | marzo | $ 1 747 200 | $ 281 200 | 49301083 |
| 4 | abril | $ 1 867 820 | $ 281 200 | 49837 1097 |
| 5 | mayo | $ 1 652 400 | $ 281 200 | 52655040 |
| 6 | junio | $ 1 652 400 | $ 281 200 | 51135611 |
| 7 | julio | $ 1 762 560 | $ 281 200 | 51411890 |
| 8 | agosto | $ 1 652 400 | $ 281 200 | 52562933 |
| 9 | septiembre | $ 1 652 400 | $ 281 200 | 53151119 |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |

| VALOR INICIAL del contrato | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 4.406.400 | $ 16.496.460 | $ 13.329.360 | $ 3.167.100 |

## 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 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 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E.

Relacion de actividades para el periodo: Desde: 2021-09-01 Hasta: 2021-09-30

| | OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | 1. Prestar el servicio de conformidad con la programacion de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades. | Se desarrollaron las actividades contractuales de acuerdo al cronograma para el mes de SEPTIEMBRE 2021 | Programacion de Turnos |
| 2 | 2. Controlar los signos vitales de cada uno de los pacientes asignados con la periodicidad requerida segun orden medica, orden de Enfermera y protocolo institucional, informando al medico y enfermera las alteraciones encontradas y registrandolas en la historia clinica digital. | Se realizo la toma al 100% de los pacientes asignados el mes de SEPTIEMBRE DE 2021 | Historias Clinicas Aplicativo Dinamica |
| 3 | 3. Orientar y preparar a los pacientes para examenes diagnostico de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnologia requerida Segun normas establecidas para cada procedimiento | Se realizo la preparacion al 100% de los pacientes asignados el mes de SEPTIEMBRE DE 2021 | Historias Clinicas Aplicativo Dinamica |
| 4 | 4. Realizar actividades propias del cuidado de enfermeria previniendo acciones inseguras en la prestacion de servicios de salud | El 100% de las actividades derivadas del plan de cuidado de enfermeria se realizaron teniendo en cuenta las practicas seguras el mes de SEPTIEMBRE DE 2021 | Historias Clinicas Aplicativo Dinamica |
| 5 | 5. Notificar inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a sus pacientes al medico de turno, jefe inmediato y en el sistema de reporte | Se realizo el reportes de los sucesos de seguridad identificados en el mes de SEPTIEMBRE DE 2021 | Aplicativo Almera |
| 6 | 6. Informar a la enfermera jefe del servicio y al medico tratante, sobre los cambios del estado clinico de los pacientes en forma oportuna y adecuada. | Se garantizo el reporte del 100% de las desviaciones en la evolucion del paciente al equipo de trabajo el mes SEPTIEMBRE de DE 2021 | Historias Clinicas Aplicativo Dinamica |
| 7 | 7. Revisar la Historia clinica de los pacientes asignados comunicando su evolucion diaria, tratamiento, para realizar el plan de cuidado de enfermeria integral del paciente | Se realizo la revision de las historias clinica del 100% de los pacientes asignados en el mes de SEPTIEMBRE DE 2021 | Historias Clinicas Aplicativo Dinamica |
| 8 | 8. Mantener limpio y ordenado la unidad de los pacientes asignados durante el turno. | Se garantizo el proceso de limpieza y desinfeccion, rutinaria y terminal de las unidades del paciente asi como de las diferentes areas del servicio durante el mes de SEPTIEMBRE DE 2021 | Formatos de Limpieza y desinfeccion |
| 9 | 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 | Se realizo el registro de las actividades realizadas en los pacientes asignados en el aplicativo de Dinamica y en los formatos en fisico ante fallas en el sistema para el mes de SEPTIEMBRE DE 2021 | Historias Clinicas Aplicativo Dinamica |
| 10 | 10. Cumplir las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiologica, gestion ambiental, salud ocupacional y demas politicas Institucionales | Se garantizo el cumplimento de las mormas institucionales en el mes de SEPTIEMBRE DE 2021 | |
| 11 | 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 o area donde se encuentre desarrollando las actividades. | Se realizo la revision diaria del inventario correspondiente al area en el mes de SEPTIEMSRE DE 2021 | Libro de inventario servicios |
| 12 | 12. Cumplir con los procesos, procedimientos, guias y demas normas definidas por la entidad, de conformidad con el objeto del contrato | Se realizaron las actividades contractuales teniendo encuenta los documentos institucionales relacionados con los procesos de enfermera en el mes de SEPTIEMBRE de 2020 | |
| 13 | 13. Asistir a reuniones y capacitaciones programadas por la entidad. | Se realizo la partipacion en las reuniones y capacitaciones programadas para el mes de SEPTIEMSRE DE 2021 | Listado de Asistencia |
| 14 | 14. Realizar la desinfeccion de manera oportuna de la unidad del paciente de acuerdo a los protocolos institucionales. | Se garantizo el proceso de limpieza y desinfeccion, rutinaria y terminal de las unidades del paciente asi como de las diferentes areas del servicio durante el mes de SEPTIEMBRE DE 2021 | Formatos de Limpieza y desinfeccion |
| 15 | 15. Realizar la toma oportuna de las muestras de laboratorio que requieran los pacientes con el fin de agilizar el tratamiento | Se realizo la toma de muestras de laboratorio al 100% de los pacientes asignados y que requirieron la necesidad de la toma en el mes de SEPTIEMBRE del 2020 | Historias Clinicas Aplicativo Dinamica |
| 16 | 16. Asistir en la alimentacion a los pacientes asignados conservando las precauciones establecidas segun el caso. | Se realizo la asistencia en la alimentacion a los pacientes asignados con grado de dependencia de enfermera conservando las precauciones establecidas en el mes de SEPTIEMBRE DE 2021 | Historias Clinicas Aplicativo Dinamica |
| 17 | 17. Realizar el control de liquidos administrados y eliminados registrando en forma oportuna y adecuada los resultados de acuerdo al protocolo institucional | Se realizo el control de liquidos administrados y eliminados al 100% de los pacientes asignados en el mes de SEPTIEMBRE del 2020 | Historias Clinicas Aplicativo Dinamica |
| 18 | 18 Portar el uniforme determinado en cuenta las normas higiene y bioseguridad de la Subred. | Se realizo el uso adecuado del uniforme durante la programacion de actividades para el mes de SEPTIEMBRE DE 2021 | Concepto coordinadora |
| 19 | 19. Ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atencion humanizada conservando el respeto por la dignidad humana. | Se garantizo la atencion del paciente con calidad, calidez y humanizacion a los pacientes asignados en el mes de SEPTIEMBRE del 2021y no hay reporte de PQR relacionados con la prestacion de ms | Reportes de PQR |
| 20 | 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 | Se garantizo la educacion e informacion al 100% de los pacientes asignados incluido su familia en el mes de SEPTIEMBRE del 2020 | Registro formato de educacion ubicado en historia clinica |
| 21 | 21 Mantener la reserva de la informacion clinica y personal de los pacientes. | Se garantizo el 100% de confidencialidad de la informacion de los pacientes asignados en el mes de SEPTIEMBRE DE 2021 | |
| 22 | 22. Ejercer las actividades propias de la formacion tecnica de conformidad con las normas y o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio. | El 100% de las actividades realizadas a los pacientes asignados se realizaron teniendo en cuenta las competencias tecnicas el mes de SEPTIEMBRE DE 2021 | |

Observaciones:

Se anexa certificacion de pago a Salud, pension y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar tambien la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

Firma del Contratista

C.C. 1 022 394 180 de BOGOTA

**VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS**

| | |
|---|---|
| NOMBRE: | |
| CARGO: | |
| FIRMA | |

Tatiana P. Clavijo Q.
C.C. No. 52 43 204 bta
Enfermera P.U.

Escaneado con CamScanner

**CUENTA DE COBRO 09 2021**
**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD**
**CENTRO ORIENTE E.S.E.**
**Nit.900.959.051-7**

**DEBE A:**

**AIBER STIWAR PRIETO PINILLA**
**C.C. 1022394180 de BOGOTA**

**LA SUMA DE:**
**(UN MILLON SEISCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS )**
**PESOS MCT ( $ 1.652.400 )**

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato **PS 2423 2021** correspondiente al mes de **SEPTIEMBRE** 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 AIBER STIWAR PRIETO PINILLA**
**C.C. 1022394180**
**Teléfono: 3193741195**
**No Cuenta Bancaria: 38896341429**
**BANCOLOMBIA**

**Fecha: 30 DE SEPTIEMBRE 2021**

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 | 1022394180 | Aiber Sliwar Prieto Pinilla | | cll 53b sur 82 a 21 | 7231375 | prieto.pinilla@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| UNICA | 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 |
| 2021-09 | 2021-09 | I | 06/09/2021 | 53151119 | TOTAL A PAGAR | |
| | | | | | $281.200 | |

## 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 | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 113.600 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 113.600 | 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 | 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 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 281.200 | 281.200 |

PAGADA

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

Escaneado con CamScanner

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NUMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCION | TELEFONO | CORREO | |
| NI | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | |
| FORMA PRESENTACION | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CODIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD - MUNICIPIO | |
| UNICA | [illegible] | | | [illegible] | [illegible] | |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | NUMERO PLANILLA ASOCIADA SUCURSAL | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DAMEDIANO) | NUMERO PLANILLA | CANTIDAD |
| | | | | | EMPLEADOS / VAL |
| PERIODO MORA | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR |
| [illegible] | [illegible] | I | [illegible] | [illegible] | [illegible] |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACION COTIZANTE | | | | INFORMACION NOVEDADES | | PENSION | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | SENA | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo | No. de Identificacion | Apellidos y Nombres | Estado | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| CC | [illegible] | [illegible] | A | | | [illegible] | | | | | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | | | | | | | | | | |

PAGADA

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

Escaneado con CamScanner