Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
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 1A FT 014**
**VERSIÓN: 02**
**FECHA: 2020-05-04**

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. CONTRATO - OPS: | PS 2685 2021 | C.D.P. No.: | 702 |
| Proceso al que pertenece: | MEDIANA COMPLEJIDAD ASISTENCIAL | | |
| Unidad a la que pertenece: | SAN BLAS | | |
| Nombre del Contratista: | SHIRLEY ANGELICA CIFUENTES LARROTA | C.C.: | 1.023.890.199 de: BOGOTA |
| Fecha Inicio: | 2021-02-01 | Fecha Terminación Inicial: | 2021-03-31 |
| Valor Mensual: | $ 1.852.400 | Valor a cobrar: | $ 1.817.640 |

| ADICION/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 2.478.600 | 702 | 2021-04-01 | 2021-04-30 |
| 2 | $ 1.239.720 | 1224 | 2021-05-01 | 2021-05-15 |
| 3 | $ 1.356.480 | 1377 | 2021-05-16 | 2021-05-31 |
| 4 | $ 2.283.200 | 2306 | 2021-06-01 | 2021-06-30 |
| 5 | $ 1.161.600 | 2833 | 2021-06-30 | 2021-06-30 |
| 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 | $ 1.707.480 | $ 231.300 | 8817163540 |
| 2 | MARZO | $ 1.852.400 | $ 231.300 | 8817163540 |
| 3 | ABRIL | $ 1.707.480 | $ 231.300 | 1036407067 |
| 4 | MAYO | $ 2.478.600 | $ 231.300 | 8817163540 |
| 5 | JUNIO | $ 2.478.600 | $ 231.300 | 8846760710 |
| 6 | JULIO | $ 2.478.600 | $ 306.900 | 1038645143 |
| 7 | AGOSTO | $ 2.037.960 | $ 306.900 | 1039257309 |
| 8 | SEPTIEMBRE | $ 1.817.640 | $ 231.200 | 1039595612 |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |

Resumen de contrato:

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 6.885.000 | $ 20.324.520 | $ 16.358.760 | $ 3.965.760 |

## 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 ASISTENCIALES 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: 2021-09-01 Hasta: 2021-09-30

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las relacionadas en la minuta) | DESCRIPCION DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION | 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 | Revista realizada por jefe supervisora del servicio |
| 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 | Listados de de registros de enfermeria |
| 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 | Participa en la preparación de los pacientes a cargo para exámenes diagnósticos de acuerdo con lo requerido por cada procedimiento. | Lista de chequeo |
| 4 | REALIZAR ACTIVIDADES PROPIAS DEL CUIDADO DE ENFERMERIA PREVINIENDO ACCIONES INSEGURAS EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD | Aplica las medidas necesarias para prevenir los eventos adversos como son las barreras de seguridad implementadas en la institución | Valoracion de riesgo de caida, Visualizar en dinamica |
| 5 | NOTIFICAR OPORTUNAMENTE LAS ACCIONES INSEGURAS OCURRIDAS A SUS PACIENTES AL MEDICO DE TURNO, JEFE INMEDIATO Y EN EL SISTEMA DE REPORTE | Realiza notificacion de eventos ocurridos mediante los diferentes medios para ello. | Notificacion en la intranet y verificacion de codigo de reporte |
| 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 | Informa al médico y enfermera todo cambio en el estado clínico de los pacientes de forma oportuna | Registro de notas de enfermeria |
| 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 clínica de los pacientes asignados realizando el plan de cuidados de acuerdo con el estado de los mismos | Notas de enfermeria |
| 8 | MANTENER LIMPIO Y ORDENADO LA UNIDAD DE LOS PACIENTES ASIGNADOS DURANTE EL TURNO | Mantiene el orden la unidad de los pacientes a cargo durante el turno | Registro de limpieza y desinfeccion de la unidad del paciente |
| 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 los registros clínicos de acuerdo con la resolución 1995/1999. | Registro de notas de enfermeria |
| 10 | CUMPLIR LAS NORMAS INSTITUCIONALES DE BIOSEGURIDAD VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA GESTION AMBIENTAL SALUD OCUPACIONAL Y DEMAS POLITICAS INSTITUCIONALES | Cumple con las normas del comité de epidemiología. | Supervision de jefe de enfermeria, aplicando listas de chequeo de la lavado de manos, limpieza y desinfeccion, manejo de residuos etc |
| 11 | RESPONDER POR LOS INVENTARIOS CONSERVACION Y USO ADECUADO DE LOS EQUIPOS ELEMENTOS E INSUMOS ASI 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. | Se realiza diligenciamiento de libros correspondientes de inventario. |
| 12 | CUMPLIR CON LOS PROCESOS PROCEDIMIENTOS GUIAS Y DEMAS NORMAS DEFINIDAS POR LA ENTIDAD DE CONFORMIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO | Realiza notificacion de eventos ocurridos mediante los diferentes medios para ello | Reporte de de suceso de seguridad del paciente |
| 13 | ASISTIR A REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA ENTIDAD | Asiste a las reuniones de grupo funcional y capacitaciones que se programan por la institución. | Listas de asistencia de reuniones y capacitacion de la subred |
| 14 | REALIZAR LA DESINFECCION DE MANERA OPORTUNA DE LA UNIDAD DEL PACIENTE DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES | Realiza la desinfección oportuna de las camas libre aportando con el giro cama | Formato de registro de limpieza y desinfeccion |
| 15 | REALIZAR LA TOMA OPORTUNA DE LAS MUESTRAS DE LABORATORIO QUE REQUIERAN LOS PACIENTES CON EL FIN DE AGILIZAR EL TRATAMIENTO | Aplica el manual de toma de muestras de laboratorio clinico. | Registro de actividades de enfermeria procedimientos laboratorios. |
| 16 | ASISTIR EN LA ALIMENTACION A LOS PACIENTES ASIGNADOS CONSERVANDO LAS PRECAUCIONES ESTABLECIDAS SEGUN EL CASO | Asiste a los pacientes en sus necesidades alimentarias | Registro de actividades de enfermeria [illegible] actividades dieta Teniendo en [illegible] precauciones segun el caso |
| 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. | Consulta de enfermeria dinamica registro de liquidos |
| 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. | Revista realizada por la jefe de enfermeria |
| 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. | Formato informacion y educacion al paciente y la familia |
| 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. | Formato informacion y educacion al paciente y la familia |
| 21 | MANTENER LA RESERVA DE LA INFORMACION CLINICA Y PERSONAL DE LOS PACIENTES | Maneja la confidencialidad de la información de los pacientes. | Custodia de la historia clinica |
| 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 CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO | prestacion de servicio de apoyo en condicion de tecnico de auxiliar de enfermeria para la ejecucion para actividades asistenciales en los procesos de gestion hospitalaria urgencias y quirurgicos conforme a las necesidades de la Subred Integrada de Servicio de Salud | Aceptacion del contrato |

Observaciones:

Shirley Angelica Cifuentes.
Firma del Contratista

No. de la certificación de planta Nabel, nomina y SIDI
Nota: El valor a cobrar debe ser igual al valor de la certificación. Para el caso de la primera cuenta de cobro

C.C.: 1.023.890.199 de: BOGOTA

**VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS**

| | |
|---|---|
| NOMBRE: | [illegible] |
| CARGO: | [illegible] |
| FIRMA | C.C. [illegible] 374 Bta |

Enfermera

CUENTA DE COBRO 8 2021
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E.
Nit.900.959.051-7

DEBE A:

SHIRLEY ANGELICA CIFUENTES LARROTA
C.C. 1023890199 de BOGOTA

LA SUMA DE:

UN MILLON OCHOCIENTOS DIESISIETE MIL SEISCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE (1817640)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato **PS 2685 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

Shirley angelica cifuentes.

**SHIRLEY ANGELICA CIFUENTES LARROTA**
**C.C. 1023890199 de BOGOTA**
**Teléfono:3507897914**
**No Cuenta Bancaria: 0550008400751197 AHORROS DAVIVIENDA**

**Fecha: 30 DE SEPTIEMBRE 2021**

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2021-09-03, 01:48:56 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1039595612

**Periodo Cotización:** agosto de 2021 **Periodo Servicio:** agosto de 2021 **Referencia pago (PIN):** 8854690980

**PAGADO 03/09/2021**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | SHIRLEY ANGELICA CIFUENTES LARROTA | | |
| **Documento** | CC1023890199 | **Dirección** | DIAG 49 N 5 J 19 SUR |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3507897914 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | SEGUROS BOLIVAR |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días APP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| C 1023890199 | SHIRLEY ANGELICA CIFUENTES LARROTA | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (25-14) COLPENSIONES | $ 908.526 | $ 145.400 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 908.526 | $ 113.600 | 2,436 | $ 908.526 | $ 22.200 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 281.200 |

## III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 908.526 | $ 908.526 | $ 908.526 | $ 0 | $ 145.400 | $ 113.600 | $ 22.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 281.200 | $ 0 | $ 281.200 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
**7 Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos



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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | CUENTA DE COBRO DEL MES DE ENERO..,. ANGELICA.pdf | CUENTA DE COBRO DEL MES DE ENERO..,. ANGELICA.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO FEBRERO.. ANGELICA.pdf | CUENTA DE COBRO FEBRERO.. ANGELICA.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE MARZO ANGELICA 2021.pdf | CUENTA DE MARZO ANGELICA 2021.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO ABRIL ANGELICA 2021.pdf | CUENTA DE COBRO ABRIL ANGELICA 2021.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO MAYO ANGELICA.pdf | CUENTA DE COBRO MAYO ANGELICA.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | planilla junio angelica 2021.pdf | planilla junio angelica 2021.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA COBRO JULIO ANGELICA.pdf | CUENTA COBRO JULIO ANGELICA.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA COBRO AGOSTO ANGELICA 2021.pdf | CUENTA COBRO AGOSTO ANGELICA 2021.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo