PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52914652
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DEISY VIVIANA LEON BALLARES
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 105 C # 67 26	TELÉFONO:	4349344
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**7812145136**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES: septiembre	PERIODO COTIZACIÓN		MES:	septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2021	SALUD:		AÑO:	2021
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2021/10/01	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1149534757	

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	1	$ 195.900
SUBTOTAL:			1	**$ 195.900**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 153.000
SUBTOTAL:			1	**$ 153.000**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 24.500
SUBTOTAL:			1	**$ 24.500**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860002503	14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1	$ 29.900
SUBTOTAL:			1	**$ 29.900**

TOTAL PAGADO:	**$ 403.300**

Escaneado con CamScanner

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: 03
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 3394 2021 C.D.P. No.: 305 Proceso al que pertenece: PROCESO ASISTENCIAL/ENFERMERIA
Unidad a la que pertenec: UNIDAD SANTA CLARA

Nombre del Contratista: DEISY VIVIANA LEON BALLARES C.C. 52.914.652 de: Bogota

Fecha 4/2/2021 Fecha Terminación incial: 31/3/2021 Valor Mensual: $3.060.000 Valor a cobrar: $ 3.060.000

ADICIÓN/ OTRO	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	4.590.000	792	31/03/21	30/04/21
2	4.896.000	1224	22/4/2021	15/6/2021
3	6.528.000	1777	16-06-21	15-08-21
4	3.264.400	2396	15-08-2021	15-09-2021
5	1.870000	2839	16/09/21	30/09/21
6	2.401080	3253	16/10/21	30/10/21
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURID	NÚMERO DE PLANILLA
1				
2	FEBRERO	2856000	377500	7775633556
3	MARZO	3060000	378800	7782032029
4	ABRIL	3060000	378800	7785283235
5	MAYO	3264000	404000	7789389275
6	JUNIO	3060000	378800	7791951169
7	JULIO	3060000	378800	7802951290
8	AGOSTO	3264000	404300	7805608181
9	SEPTIEMBRE	3060000	404300	7809030816
10	OCTUBRE	3060000	404300	7812145136
11				
12				
13				
14				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 6.446.400	$ 29.995.480	$ 27.744.000	$ 2.251.480

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 ENFERMERA PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE GESTION HOSPITALARIA , URGENCIAS U QUIRURGICOS ,CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVIOCIOS DE LA SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: Desde: 01/10/21 Hasta: 31/10/2021

	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 evolucion clinica, 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 demas relacionadas, con el fin de proporcionar al turno entrante la informacion necesaria para la continuidad del plan	RECIBO Y ENTREGA DE TURNO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIATRIA Y SE FIRMA LIBRO
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 patologia, la evolucion y las ordenes medicas para definir lo que se debe ejecutar.	REALIZAR PLAN DE CUIDADO DE CADA PACIENTE
3	Participar en la investigación de brotes y efectuar notificación inmediata y obligatoria de infecciones intrahospitalarias en caso de confirmación y ejecución de	Distribuir los pacientes y las actividades especificas del servicio que deben desarrollar de acuerdo con el plan de cuidados de cad paciente.	ASIGNAR ACTIVIDADES AL PERSONAL A CARGO EN EL SERVICIO URGENCIAS PEDIATRIA
4	Velar por el cumplimiento de la normatividad Institucional, local y nacional respecto a IAAS.	Promover la recuperacion del paciente.	TRAMITAR INGRESO Y EGRESO PACIENTES A PISO
5	Analizar la información del comportamiento de IAAS junto con Infectologia o las especialidades involucradas en el manejo de los casos.	Tener en cuenta las ordenes medicas, la evolusion y los reportes diagnosticos para valorar la evolucion del paciente y garantizar integralidad en el manejo de la informacion.	REVISION DE HISTORIAS CLINICAS Y ACTUALIZACION DE KARDEX Y TARJETAS DE MADICAMENTOS

Escaneado con CamScanner

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.	ASISTIR A CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA INSTITUCION SEGÚN PROGRAMACION
7	Participar en los procesos capacitación para el personal de la institución.	Consolidar la producción de la unidad y las especialidades.	COORDINAR TRASLADOS DE LOS PACIENTES
8	Asistir a las reuniones mensuales ordinarias y extraordinarias cuando sea necesario.	Asistir a las reuniones mensuales ordinarias y extraordinarias cuando sea necesario.	UTILIZAR Y VERIFICAR EL CORRECTO USO DE LOS EPP
9	Realizar el registro y el envío oportuno de los informes solicitados por la Institución u otras Entidades.	Para el desarrollo y formación del recurso humano en salud.	REPORTE Y NOTIFICACION DE EVENTOS EN SALUD
10	Notificar los sucesos de calidad que se presenten en el servicio.	Mejoramiento continuo de la calidad de la atención del paciente.	ASISTIR A ESTUDIOS DE CASO
11	Participar en los análisis a los que sea convocados.	Promover procesos de mejoramiento continuo.	CONTROL Y USO RACIONAL DE LOS INSUMOS
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.	INFORMAR SOBRE EL ESTADO DE SALUD DEL PACIENTE AL MEDICO
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.	ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS SEGÚN LOS CORRECTOS
14	Mantener la reserva de la información.	Conocer y plantear nuevas alternativas de diagnostico y manejo de los pacientes.	RESPETAR LA INTIMIDAD DEL PACIENTE SEGÚN SU DIAGNOSTICO
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.	DESINFECCION E INVENTARIO DEL CARRO DE PARO
16	Asistir al Comité Institucional y técnico Distrital de infecciones intrahospitalarias.		INFORMAR EN LA ENTREGA DE TURNO LOS CAMBIO Y SE FIRMA LIBRO

Observaciones:	Viviana Lech **Firma del Contratista**
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	C.C. 52.914.652 de Bogotá

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	NINI JOHANNA JOHN REZ RIVERA
CARGO:	ENFERMERA Profesional
FIRMA	RUM 31725 P.U.A.A.

Escaneado con CamScanner

CUENTA DE COBRO 010-2021

SUBREDINTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD

CENTRO ORIENTE ESE

NIT 90095051-7

DEBE A

DEISY VIVIANA LEÓN BALLARES

CC. 52914652 DE BOGOTA

LA SUMA DE

TRES MILLONES SESENTA MIL PESOS M/CTE

($3.060.000)

POR CONCEPTO DE

Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato PS 3394 2021

OBJETO: prestar servicios de acuerdo a su perfil académico para desarrollar actividades de (ENFERMERÍA), con disponibilidad de cumplimiento de la misión y la visión de la subred integrada de servicios de salud centro oriente E.S.E

CORDIALMENTE

Viviana León

NOMBRE:DEISY VIVIANA LEON BALLARES

CC 52914652 DE BOGOTA

TELEFONO: 3508999053

DIRECCIÓN: CRA 105 C # 67-26 OCCIDENTE

N CUENTA: 102664604 AHORROS BANCO BOGOTA

FECHA: 1 AL 31 OCTUBRE 2021

Escaneado con CamScanner