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 6057 2021	1385	**Proceso al que pertenece:**	PROCESO ASISTENCIAL/ENFERMERIA	
			Unidad a la que pertenece:	UNIDAD SANTA CLARA	
Nombre del Contratista:	EMERSON DAVID IBAÑEZ QUINTERO		**C.C.**	1.010.012.064	**de:** BOGOTA DC
Fecha Inicio:	2021-05-10	**Fecha Terminación Inicial:**	2021-06-15	**Valor Mensual:**	$ 1.652.400
Valor a cobrar:	$ 1.652.400				

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 4.498.200	1777	2021-06-16	2021-08-15
2	$ 2.478.600	2396	2021-08-16	2021-09-15
3	$ 918.000	2839	2021-09-15	2021-09-30
4	$ 1.847.934	3253	2021-10-01	2021-10-31
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	MAYO	$ 1.009.800	$ 0	0
2	JUNIO	$ 2.203.200	$ 281.200	2328269234
3	JULIO	$ 2.148.120	$ 281.200	23283620754
4	AGOSTO	$ 1.762.560	$ 281.200	2328412975
5	SEPTIEMBRE	$ 1.762.560	$ 281.200	4410552818
6	OCTUBRE	$ 1.652.400	$ 281.600	4410578825
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2.350.080	$ 12.092.814	$ 10.538.640	$ 1.554.174

2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO

RESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES SISTENCIAL EN LOS PROCESOS DE GESTIÓN HOSPITALARIA, URGENCIAS Y QUIRURGICOS, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD S E.

ación de actividades para el periodo: **Desde:** 2021-10-01 **Hasta:** 2021-10-31

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	
	ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
Prestar el servicio de conformidad con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades.	Informo sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería.	RECIBO TURNO EN URGENCIAS ADULTO SERVICIO DE BAHIA 2 Y SE FIRMA LIBRO EN BAHIA 2
Controlar los signos vitales de cada uno de los pacientes asignados con la periodicidad requerida según orden médica, orden de Enfermería y protocoló institucional, informando al médico y enfermera las alteraciones encontradas y registrándolas en la historia clínica digital.	Cumple con los procedimientos y protocolos hospitalarios del servicio, tendientes a promover la recuperacion del paciente.	SE REALIZA CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES A HORARIO Y SE REGISTRA EN NOTA DENEFERMERIA ESCRITA
Orientar y preparar a los pacientes para exámenes diagnóstico de acuerdo con os protocolos de manejo y tecnología requerida. Según normas establecidas ara cada procedimiento.	Deja evidencia científica y legal de las actividades ejecutadas.	SEGÚN LA ASIGNACION DE PACIENTES SE REALIZAN ACTIVIDADES DE ENFERMERIA. SE VERIFICA GOTEOS DE LIQUIDOS Y TOMA DE PARACLINICOS
ealizar actividades propias del cuidado de enfermería previniendo acciones seguras en la prestación de servicios de salud.	Aplica los protocolos para prevenir la ocurrencia de infecciones intrahospitalarias en los pacientes y su entorno de acuerdo con las buenas practicas sanitarias.	SE HACEN RONDAS CONTINUAS VERIFICANDO EL ESTADO DEL PACIENTE
tificar inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a sus pacientes al dico de turno, jefe inmediato y en el sistema de reporte.	Suministro información al enfermero para toma de medidas óptimas de manejo médico - quirúrgico	SE REALIZAN PROCEDIMIENTOS SEGÚN ORDENES MEDICAS
ormar a la enfermera jefe del servicio y al médico tratante, sobre los cambios estado clínico de los pacientes en forma oportuna y adecuada.	Da información de fácil comprensión de los cuidados. ordenes medicas para dar continuidad al tratamiento ambulatorio.	SE REALIZAN NOTAS DE ENFERMERIA DE MANERA ESCRITA
isar la Historia clínica de los pacientes asignados conociendo su evolución ia, tratamiento, para realizar el plan de cuidado de enfermería integral del ente.	Aplico las normas de bioseguridad, se reporta eventos adversos.	ASISTO A CAPACITACIONES SEGÚN PROGRAMACION DE LA INSTITUCION
tener limpio y ordenado la unidad de los pacientes asignados durante el .	Realizo inventerio por turno y revision mensual de los elementos del carro de paro y se informa estado y faltantes.	CUANDO ME CITAN SI

Escaneado con CamScanner

9	Realizar registros clínicos en forma oportuna, diligenciando todas las variables correctamente y dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999 y mantener organizadas las historias clínicas de acuerdo al Manual y normatividad vigente	Proyecto la logistica requierida para brindar cuidado integral al paciente	SE VERIFICAN HISTORIAS CLINICAS Y SE REALIZAN NOTAS DE ENFERMERIA DE FORMA ESCRITA
0	Cumplir las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas Institucionales.	Oriento a los pacientes y familiares según sus necesidades	EN CASO DE QUE HAYA UN SUCESO SE REPORTA A SEGURIDAD AL PACIENTE POR LOS MEDIOS ESTABLECIDOS
1	Responder por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la infraestructura del servicio y/o área donde se encuentre desarrollando las actividades.		DAR EDUCACION AL FAMILIAR Y AL PACIENTE SEGÚN PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
2	Cumplir con los procesos, procedimientos, guías y demás normas definidas por la entidad, de conformidad con el objeto del contrato.		HACER BUEN USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
3	Asistir a reuniones y capacitaciones programadas por la entidad.		VERIFICAR Y CUMPLIR CON EL BUEN FUNCIONAMIENTO DE LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
4	Realizar la desinfección de manera oportuna de la unidad del paciente de acuerdo a los protocolos institucionales.		CONFIDENCIALIDAD DEL DIAGNOSTICO DEL PACIENTE
5	Realizar la toma oportuna de las muestras de laboratorio que requieran los pacientes con el fin de agilizar el tratamiento.		AVISAR SOBRE LOS FALTANTES DE LOS DE PROTECCION PERSONAL
6	Asistir en la alimentación a los pacientes asignados conservando las precauciones establecidas según el caso.		ASISTIR A CAPACITACIONES QUE NOS PROGRAMEN

ervaciones:

Emerson Ibañez

Firma del Contratista

nexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
aso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

C.C. 1.010.012.064 **de** BOGOTA DC

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	NINI JOHANNA ALVAREZ RIVERA
CARGO:	ENFERMERA
FIRMA	

Nini Johanna Alvarez R.
Enfermera Profesional
RUN 31125
F.U.A.A.

Escaneado con CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1010012064
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			EMERSON DAVID IBANEZ QUINTERO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 42 G NO. 88-10	TELÉFONO:	2991053
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA:			4410578825	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	septiembre AÑO	2021	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES septiembre AÑO 2021
DÍAS DE MORA			0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2021/10/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9997059104

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 145.400	$ 0	$ 145.400
SUBTOTALES:										$ 145.400	$ 0	$ 145.400

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN UPC	MORA COTIZACIÓN	MORA UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPSC34	EPSC34-CAPITAL SALUD EPSS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 113.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 113.600	$ 0	$ 0	$ 113.600
SUBTOTALES:													$ 113.600	$ 0	$ 0	$ 113.600

Planilla Pagada

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	INCAPACIDAD IRP PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 22.200	$ 22.200	$ 0	$ 0	$ 22.200
SUBTOTALES:									$ 22.200	$ 0	$ 0	$ 22.200

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA
1	CC 1010012064	IBAÑEZ QUINTERO EMERSON DAVID	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 908.526				NO

NOVEDADES ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
230201-PROTECCION	30	$ 908.526	$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 145.400

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE
EPSC34-CAPITAL SALUD EPSS	30	$ 908.526	$ 113.600	$ 0	$ 113.600

SEGURIDAD SOCIAL — ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 908.526	101001206	$ 22.200

PARAFISCALES DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 281.200

Planilla Pagada

2021/10/08 10:25 USUARIO SOI YDEANTONIO

Escaneado con CamScanner

...rma de Google

CUENTA DE COBRO 010-2021

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD

CENTRO ORIENTE E.S.E

NIT. 900959051-7

DEBE A

EMERSON DAVID IBAÑEZ QUINTERO

CC 1010012064 DE BOGOTA D.C.

LA SUMA DE

UN MILLÓN SEISCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS PESOS

M/CTE ($1.652.400)

POR CONCEPTO DE : PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES DE CUMPLIMINETO DEL CONTRATO PS 6057 2021 CORRESPONDIENTE DEL 01 OCTUBRE DE 2021 AL 31 DE OCTUBRE DE 2021

OBJETIVO: PRESTAR SERVICIOS COMO TÉCNICO LABORAL II DE ACUERDO A SU NIVEL ACADÉMICO DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

CORDIALMENTE

Emerson Ibañez 1010.012064 Bogotá D.C.

EMERSON DAVID IBAÑEZ QUINTERO

TEL: 3193126452

DIRECCIÓN: CLL 42G NO. 98-10

CUENTA: AV VILLAS AHORROS NÚMERO 465834831

FECHA: 01 DE OCTUBRE AL 31 DE OCTUBRE

Escaneado con CamScanner